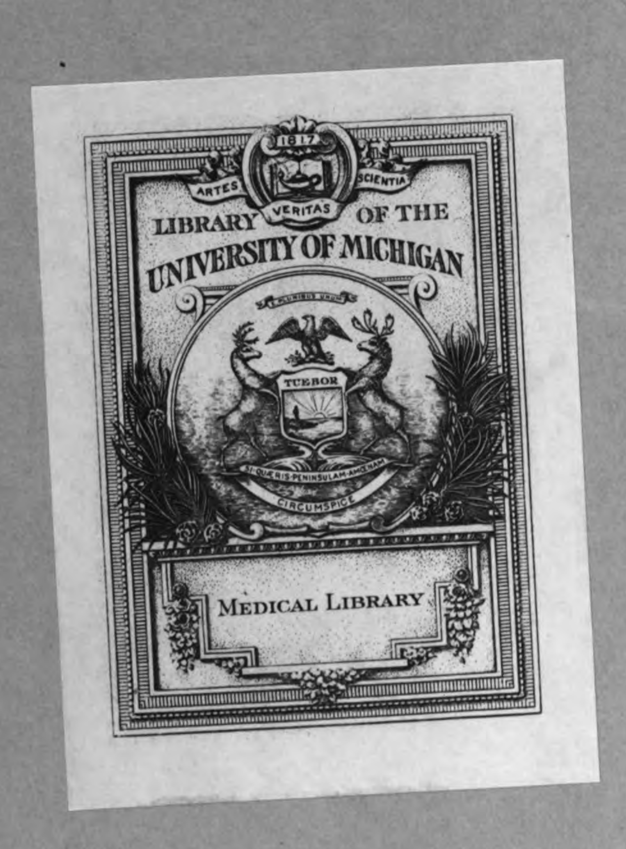
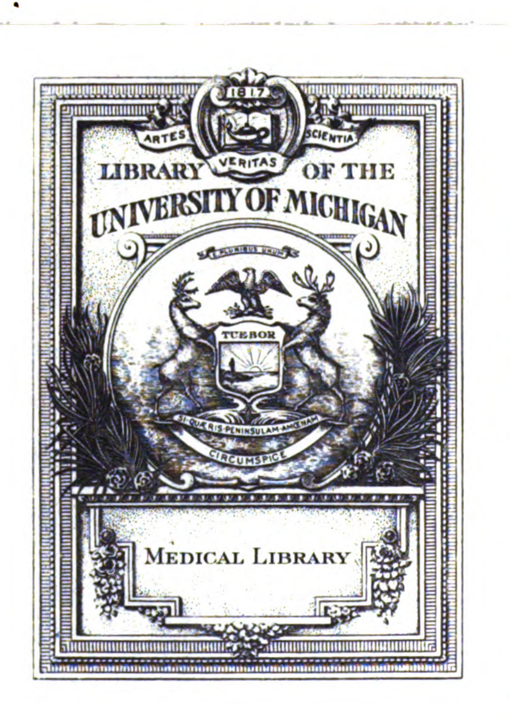
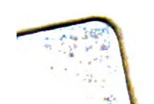
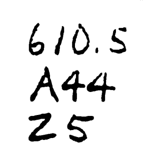

A 3 9015 00382 758 4
University of Michigan - BUHR


1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY


1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY





ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER
HEIDELBERG

HUNDERTUNDDRITTER BAND



BERLIN UND LEIPZIG
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.
1935

Es wurden ausgegeben:

Heft 1/4 (S. 1—196) am 12. III. 1935
Heft 5/6 (S. 197—288) am 17. VII. 1935
Heft 7/8 (S. 289—386) am 28. X. 1935

Archiv-Nr. 58 05 35

Inhalt.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Autoren-Register

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER

HEIDELBERG

OFFIZIELLES ORGAN DES
DEUTSCHEN VEREINS FÜR PSYCHIATRIE
MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDDRITTER BAND
ERSTES BIS VIERTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 12. MÄRZ 1935



BERLIN UND LEIPZIG 1935

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./4. Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeits[chrift] für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder [direkt] vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hef[te in] zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschri[ft für] psychische Hygiene" erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturb[ericht] wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgl[iedern] des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der V[erlag] entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilag[e zu] Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den neuen Herausgeber Professor Dr. med. [Kurt] Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der U[niver]sität, Voßstraße, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge us[w.] der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erschein[enden] Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut M[üller] in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

ORIGINALIEN

Kriminal-psychotherapeutische Einzelfälle: I. Ein Neurotiker mit Mordphantasien.

Von

Dr. **Franz Kapp**, Strafanstaltsmedizinalrat in Köln.

Hinter der Frage der Bestrafung, Behandlung und Besserung der Verbrecher bergen sich eine Menge der verschiedensten Probleme, Bestrebungen und Versuche. Vielfach falsch verstandene Grundsätze und Begriffe, überspitzte Problemstellungen, blut- und lebensfremde zwiespältige Anschauungen führten in der Vergangenheit zu großen Verwirrungen, die u. a. ihren Ausdruck fanden in einem dauerndem Reformieren und Herumversuchen im praktischen Strafvollzug. Erfreulicherweise hat nunmehr das neue Strafvollzugsrecht vom Gesichtspunkt des Volksganzen aus eine klare Linie in die Sache hineingebracht, die von allen Praktikern im Ganzen lebhaft begrüßt wird. Trotz der strammen Zucht, die sich überall in den Gefangenenanstalten wohltuend bemerkbar macht, braucht man in keiner Weise zu befürchten, daß eine übergroße Strenge und unnötige Härte in den Anstalten einkehren, dem steht der durch das Ganze ziehende weltanschauliche und ethische Zug entgegen; Schwierigkeiten und Härten im Einzelfall werden sich natürlich nie ganz vermeiden lassen; man wird versuchen, sie zu beheben, doch hat immer die Rücksicht auf die Allgemeinheit vorzugehen. In der Vergangenheit hat man bei vielen oft gut gemeinten »humanen« Bestrebungen vor allem viel zu oft vergessen, daß die große Mehrzahl der rückfälligen Verbrecher, wenn wir von einigen Typen von Gelegenheitsverbrechern, Verbrechern aus wirklicher Not oder leidenschaftlicher Entladung absehen, unverbesserlich sind und bleiben, mag der allgemeine Strafvollzug aussehen, wie er will. Das ist ja oft genug betont worden. Wir müssen uns, besonders in Notzeiten, auch bei allen sozialen Maßnahmen, natürlich auch im Strafvollzug, der nach Möglichkeit der Resozialisierung der Rechtsbrecher dienen soll, mit Rücksicht auf die Allgemeinheit ganz anders als bisher die Frage vorlegen, ob der gemachte Aufwand sich »lohnt«, wobei dieser Begriff des Sich-lohnens keineswegs eng materiell gesehen

werden soll; auf dem Gebiet der Heilpädagogik und bei der Versorgung der geistig Gebrechlichen hat sich dieser Gesichtspunkt den Einsichtigen schon seit langem aufgedrängt und ist auch von den bedeutendsten Sozialpolitikern trotz aller möglichen Einwendungen schon lange nachdrücklich herausgekehrt worden; wir müssen diese Gesichtspunkte auch in anderen Gebieten und im praktischen Strafvollzug berücksichtigen.

Selbst in den allgemeinen Verhältnissen und Maßnahmen des Strafvollzugs überblicken wir noch keineswegs die Bedingungen und die Art und Weise ihrer Wirksamkeit bzw. ihrer Nichtwirksamkeit in wünschenswertem Maße. Und gerade die Unwirksamkeit aller unserer Straf- und sonstigen Maßnahmen in so vielen Fällen ließ schon lange, nicht zuletzt auf seiten der Psychiater, den Ruf nach der Dauerverwahrung der unverbesserlichen Gewohnheits- und Berufsverbrecher wach werden, der nun endlich in der Reform des Strafrechts durch die nationalsozialistische Regierung seine Erfüllung gefunden hat.

Auch die ärztliche und die allgemeine psychiatrische und psychotherapeutische Erfassung der Gefangenen kann bis jetzt im Großen nur soviel leisten, daß sie die notwendigen gesundheitlichen und rechtlichen Belange erfüllt; auch diese Maßnahmen wurden in der Vergangenheit in Unkenntnis der Bedingungen und der Reichweite ihrer Wirksamkeit oft übertrieben, wohl auch aus einem unbestimmten und unbestimmbaren Gefühl heraus, das ausgleichen zu müssen, was man dem Verbrecher naturgemäß nicht geben konnte; denn eine eigentliche körper-seelische Behandlung des Verbrechers, die die innersten im Verbrecher gelegenen körperlichen und seelischen Voraussetzungen und Grundlagen (besonders auch anlägemäßiger und erblicher Art) zum Verbrechen angreift und umbiegt und dadurch den Verbrecher wieder sozial macht, ihm jedenfalls einen sicheren Weg dazu zeigt, gibt es nicht. Und gerade das ist das große Problem.

Voraussetzung bei einer solchen Betrachtungsweise ist natürlich, daß man irgendwie das Verbrechen als etwas krankhaftes (im Sinne etwa einer »sozialen Krankheit«) auffaßt, als krankhaft irgendwie und in irgend einem Grade biologisch begründet, und daß man den Verbrecher auch im gleichen Sinne als einen irgendwie »krankhaften« Menschen betrachtet. (Die rein praktische Frage der Schuld und Zurechnungsfähigkeit wird durch diese Betrachtung nicht berührt.)

Aber das können wir bis jetzt höchstens für eine Anzahl der Fälle vermuten, indem wir ausgehen von den wirklich geisteskranken oder seelisch abwegigen, psychopathischen Verbrechern; aber bei den sog. (geistig-seelisch) »gesunden« Verbrechern verlieren wir in dieser Beziehung allen Boden unter den Füßen; wir

haben allerdings noch weitere Anhaltspunkte für eine solche Auffassung in der modernen Neurosen-Lehre und -Behandlung, wenn man auch die Neurosen jedenfalls teilweise als ein Unvermögen zur sozialen Anpassung und Eingliederung (was natürlich auch gewisse biologische Voraussetzungen hat) auffaßt, was ja rein äußerlich den Verbrecher in ähnlicher Weise kennzeichnet.

Jedoch darf man natürlich diese Analogie zwischen Krankheit, Neurose und Verbrechen nicht zu weit treiben. Man soll und wird danach streben, aus dieser Beziehungssetzung möglichst viel im Sinne der Behandlung herauszuholen, aber man soll sich dessen bewußt sein, daß diese Analogie ihre Grenzen hat, und zwar, wie mir scheint, enger, als man das gemeinhin glaubt, besonders in den Kreisen, die dem praktischen Strafvollzug ferner stehen. Dabei lasse ich hier im Sinne dieses Aufsatzes einmal die erbbiologische Seite des Problems bewußt außer Acht. Vor allem ist der eine Punkt zu beachten: Sehr bedeutungsvoll für die Psychotherapie der Neurosen ist das Leiden an und durch die Krankheit, das lebhafte Krankheitsgefühl und damit die Entstehung eines gewissen Interesses am Gesundwerden oder besser gesagt an der Umstellung der inner-seelischen Grundhaltung, an der Gleichschaltung der verkrampft-individuellen Haltung des Neurotikers zu der positiven Welt- und Lebensanschauung der Gemeinschaft hin; hinderlich dieser Umstellung, ja nur dem Versuch hierzu, ist das Fehlen dieses Leidens in vielen Fällen, oder ein Interesse an der Leidensrolle, ja sogar ein überheblicher Stolz, ein Gefühl des Verkannt- oder Benachteiligt-werdens usw.

Alle diese Hindernisse für eine innere Umstellung finden sich in reichlichem Maße beim Verbrecher, und die notwendigen Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Behandlung sind so für gewöhnlich beim Verbrecher nicht vorhanden; er hat, jedenfalls äußerlich, tausend Ausflüchte und Rechtfertigungen, er glaubt sogar, ein Recht zu haben für seine Handlungsweise, ja er sieht vielfach nur das (meist vermeintliche) Unrecht der andern, hinter dem seine eigne Handlungsweise verschwindet, auch fühlt er sich, abgesehen von den Zeiten der Freiheitsentziehung (und da noch oft), recht wohl in seinem Schicksal, das Gegenteil höchstens einmal mit den Lippen bekundend. So fehlen für gewöhnlich die Ansatzpunkte für eine eigentliche Psychotherapie, wenn auch natürlich zuzugeben ist, daß je nach der Persönlichkeit des Psychotherapeuten auch da noch Möglichkeiten gegeben sind, wo man es zunächst nicht vermuten sollte. Aber auch dann muß man sich wieder (nicht wissenschaftlich, aber doch praktisch) fragen: lohnt sich bei Berücksichtigung aller (nicht nur der materiellen) Gesichtspunkte der Aufwand?

Diese Fragestellung ist keine fortschrittsfeindliche Resig-

nation; aber sie soll die Grenzen zeigen zwischen dem, was wir bisher leisten können, und was nicht.

Ich teile nicht die optimistische Meinung, die vielfach in der orthodox-psychoanalytischen und in der nichtärztlichen, meist artfremden Literatur vertreten wird, daß die Tiefenpsychotherapie und die Heilpädagogik schon wer weiß wie viel bezüglich der Verbrecherheilung und Verbrechererziehung leisten könnten. Die bisherigen Erfahrungen sind wenig ermutigend, die gebrachten Beispiele überzeugen nicht recht, jedenfalls besagen die Einzelfälle nichts im Vergleich mit der großen Masse der anderen; am ehesten scheint noch bisher etwas erreichbar zu sein auf dem Gebiet der sexuellen und der mit sexuellen und triebhaften Unterstrebungen zusammenhängenden Verbrechen. Dabei muß ich aber von vornherein betonen, daß ich den besonders in der artfremden Literatur vielfach vertretenen Pansexualismus in der theoretischen Grundlegung der Neurosen nicht für richtig halte (ich kenne dabei auch die ungesunde Ausweitung des Begriffes »sexuell«), daß ferner auch bez. der methodischen Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung jede Einseitigkeit in der Festlegung auf eine bestimmte Methode verfehlt ist. Die verschiedensten psychotherapeutischen Methoden werden ihre Anwendung finden, wenn nötig mit- und nebeneinander, auch die Hypnose. Die Grundzüge jeglicher tiefenpsychotherapeutischer Bemühungen werden immer sein die analytische Herausarbeitung und Klarstellung von Schicksal, Erlebnissen und deren abwegiger inner-seelischer Verarbeitung, die daraus folgende heilsame seelische Erschütterung, sodann die (heil-) pädagogische Führung und Wegweisung verbunden mit synthetischer Charakterbildung und systematischer (wenn auch dem Patienten unbewußter) Willensschulung. Daß dabei eine Verflechtung ärztlich-psychotherapeutischer, pädagogischer, sozialer, ethischer und anderer Gesichtspunkte und Maßnahmen nicht zu vermeiden, sogar notwendig ist, liegt auf der Hand. Ohne Werte läßt sich keine Psychotherapie treiben. Jegliche Psychotherapie und (Heil-) Pädagogik findet ihre natürlichen Grenzen in den Erbanlagen und der Gesamtkonstitution, doch muß der Praktiker zur Erzielung eines möglichst großen Erfolges deren Bedeutung bewußt hintansetzen.

Was die Grundlagen jeglicher psychotherapeutischer, insbesondere analytischer Bemühungen angeht, so hat *Schultz-Hencke* kürzlich einige bemerkenswerte Darlegungen gemacht. Ich wünschte aber, er wäre noch deutlicher geworden. Wenn nämlich, vor allem der artfremden Literatur, viele einfache, schlichte, natürliche Dinge, Erkenntnisse und Methoden so kraß einseitig, tendenziös und aufreizend gesehen, aufgefaßt und dargestellt und noch tendenziöser in der Nomenklatur bezeichnet werden, so wird

damit mehr geschadet als genützt, es spricht daraus eine geistige Grundhaltung, die unserem Kulturkreis gerade entgegengesetzt ist, und für die wir einfach kein Verständnis mehr aufbringen können. Um so schwieriger ist es natürlich, dort das Wahre vom Falschen zu sichten und für uns nutzbar zu machen.

Was die kriminal-psychotherapeutischen Bemühungen angeht, so hat *Stekel,* der in der Neurosenbehandlung so ungeheure Erfahrungen besitzt, eine bemerkenswerte Zurückhaltung geübt. Er sagt, er habe keine ausreichende Erfahrung mit wirklichen Verbrechern; er meint damit Verbrecher, denen der Erfolg des Verbrechens die Hauptsache ist und nicht die Ausführung des Verbrechens selbst wie bei den wirklichen Monomanien und bei den verbrecherischen Neurotikern, deren Handlungen oft nur maskierte Entladungen anderer tieferer Komplexe und Regungen sind. Von diesen hat ja *Stekel* eine große Menge Beispiele veröffentlicht, die für die Herausbildung einer eigentlichen sowie vorbeugenden Kriminalpsychotherapie wichtig sind, er hat auf die latente Kriminalität der Neurotiker hingewiesen, er hat betont, wie die meisten Menschen sich einmal mit keimhaften kriminellen Regungen auseinanderzusetzen hätten (siehe dazu auch Goethe, Grotjahn u. a.), er hat aufmerksam gemacht auf die vielfach vorhandene asoziale Triebhaftigkeit bei Kindern und Jugendlichen, und er hat wichtige Verbindungen gezeigt zum Verständnis der kleinen Entgleisungen des Alltags; es ergibt sich daraus unmittelbar die Wichtigkeit der Ausbildung einer gesunden seelischen Harmonie, der Entwicklung von gesunden seelischen Hemmungen durch eine klare, festgegründete und festgefügte Welt- und Lebensanschauung, auch die Wichtigkeit der Schaffung eines gesunden Milieus für die heranwachsende Jugend und die Bedeutung der Berufswahl, um dem Menschen für seine Fähigkeiten und Anlagen genügende Entfaltungsmöglichkeiten zu geben und zugleich Ableitungsmöglichkeiten und Ausgleich für asoziale und antisoziale Regungen.

Für unsere Betrachtungen mag auch im Zusammenhang mit den Anschauungen *Stekel*s über latente und maskierte Kriminalität auf Ausführungen hingewiesen werden, die *Sommer* schon vor mehr als 30 Jahren gemacht hat. Er betonte die Wichtigkeit einer möglichst eingehenden psychologischen und psychiatrischen Analyse für die Beurteilung der Verbrecher und sagte, daß die äußere Erscheinungsweise des Verbrechens eine ganz andere sein könne als die innere Gesinnung des Rechtsbrechers, daß z. B. eine sexuellpervers erscheinende Handlung, wegen deren einer seiner Patienten angeklagt wurde, z. B. gar nicht als Verbrechen gedacht, sondern lediglich der Ausfluß einer abergläubischen Einstellung war; deswegen könne uns nur eine sorgfältige Analyse vor Fehlbeurteilungen (und damit auch vor Fehlbehandlungen) sichern. Näheres

ist bei *Sommer* nachzulesen. In ganz anderem Zusammenhang sind solche Betrachtungen über die Differenz des beabsichtigten Verbrechens und der tatsächlich erfolgten Handlung für die praktische Arbeit der Kriminalpolizei von Bedeutung geworden, wie *Heindl* kürzlich gezeigt hat.

Ich nehme bez. der bisherigen kriminal-psychotherapeutischen Bemühungen Bezug auf persönliche Mitteilungen, die mir liebenswürdigerweise Herr Obermedizinalrat Dr. *Lange*, der bis zu seiner kürzlich erfolgten Versetzung in den Ruhestand beim Zuchthaus in Waldheim tätig war, gemacht hat. Er hat durch einfache psychotherapeutische Methoden, Hypnose usw., erhebliche Erfolge in der Behandlung von sexuellen Perversitäten, besonders bei Exhibitionismus, erzielt. Seine Bemühungen sind auch in einem kürzlich erschienen Artikel von *Böhme* in »Die Polizei« rühmend hervorgehoben.

Damit liegen bereits wichtige Vorarbeiten und Anfänge einer Kriminalpsychotherapie vor. Auf andere Arbeiten kann ich nicht eingehen, um nicht zu weitläufig zu werden. Für den Augenblick kann es sich nur darum handeln, durch eine weitere mühselige Zusammentragung von Einzelfällen den Weg zu einer späteren Zusammenfassung zu bereiten. Naturgemäß beginnen solche Bemühungen an Verbrechern, deren Straftaten deutlich krankhafte Merkmale zeigen. Daß fast alle bisherigen Bemühungen in mehr oder weniger engem Zusammenhang mit sexuellen Anomalien stehen, ist teils als Zufall zu bewerten, teils ideengeschichtlich zu verstehen, teils auch daher gekommen, daß diese als fast durchweg deutlich krankhaft stigmatisierten Fälle bis jetzt noch am ehesten der psychotherapeutischen Beeinflussung zugänglich sind. Der methodische Weg ist verschieden und vielfältig, wie schon oben dargelegt ist. Vielleicht kommt man so später langsam dazu, außer der Behandlung von neurotischen und psychopathischen Verbrechern auch einen Weg zur Behandlung mancher gesunder Verbrecher zu finden; doch wird im selben Augenblick das Problem brennend, was sich schon jetzt bei den »geheilten« Sittlichkeitsverbrechern zeigt, das Problem der Verhütung belasteter Nachkommen.

Ein kleiner Beitrag zur Kriminalpsychotherapie, aber auch zur tieferen Erfassung des Rechtsbrechers überhaupt, soll der folgende Einzelfall sein. Ich bemerke vorweg, daß es bei diesem Kranken nie zu einer kriminellen Handlung gekommen ist, daß er auch aus ganz anderen, allgemeinen Gründen in meine Behandlung kam (es war noch vor dem Beginn meiner amtsärztlichen Tätigkeit); trotzdem scheint mir der Fall für die Frage der Kriminalpsychotherapie von einigem Belang zu sein. Ich beschränke mich bei der Darlegung auf das Notwendigste, über-

gehe auch vor allem die meisten Punkte, die nur für die allgemeine Psychotherapie von Bedeutung sind.

Es handelt sich um einen 1891 geborenen, zu Beginn der Behandlung fast 40jährigen Syndikus, der mich aufsuchte, weil er seelisch einfach nicht mehr weiter konnte. Er wollte selbst analytisch behandelt werden, hatte sich auch schon in den letzten Monaten vorher ein wenig mit diesen Problemen befaßt; dadurch und durch Aussprachen mit einem Arzt auf Spaziergängen in einem Badeort hatte sich eine gewisse seelische Lockerung bereits angebahnt. Der Kranke klagte über mancherlei nervöse Beschwerden, migräneartige Kopfschmerzen, hatte auch in manchen Dingen eine fast zwanghafte Pedanterie; vor allem hatte der Kranke keine seelische Beziehung zu den Mitmenschen, er hatte nirgends Kontakt und litt sehr darunter; er war ein richtiger Einspänner und hatte nirgends gesellschaftlichen Anschluß. Er konnte die Menschen nicht ansehen, nicht mit ihnen über allgemeine Dinge sprechen; er konnte seiner Stenotypistin keine Briefe diktieren. Er hatte überall Minderwertigkeitsgefühle, nur in seiner eigentlichen Berufsarbeit war er ein unermüdlicher, erfolgreicher und auch selbstbewußter Arbeiter; er hatte sich, obwohl von Hause aus Bankbeamter, das schwierige Gebiet der Steuerfragen durch unermüdliches Selbststudium zum Spezialgebiet gemacht. Er ist so in seine Arbeit versessen, daß er alle Zeit, die er für andere Dinge verwendet, als verloren ansieht. Dadurch ist er ganz genußunfähig und lebensunfroh geworden.

Er hat ferner eine Kryptorchie und ist impotent, er hat noch kaum jemals Beziehungen zu Frauen gehabt, hat auch kein Interesse an Frauen. Dabei sehnt er sich nach einem guten Familienleben, obwohl er sich nichts rechtes darunter vorstellen kann.

Im Verlauf einer vielmonatigen kombinierten Behandlung, die durch äußere Umstände unterbrochen wurde (er holte sich zwischendurch auch bei andern Psychotherapeuten Rat), stellte sich der Kranke weitgehendst um, er gewann eine natürlichere Stellungnahme zur Welt und den Menschen und wurde wieder genußfähig und lebensfroh; er bekam auch Beziehungen zu Frauen und wurde schließlich sogar potent; er blieb allerdings bis in die letzte Zeit hinein innerlich noch immer etwas gehemmt und gebunden; Arbeit und Erholung, Beruf und Genuß blieben auch dann noch immer für ihn mit gewissen Konflikten behaftet, auch war die weltanschauliche und ethische Stellungnahme zum Sexuellen noch bis zuletzt nicht völlig geklärt, und er suchte noch öfter brieflich in dieser Beziehung meinen Rat. Im ganzen war es aber ein sehr befriedigender Erfolg.

Ich will die hauptsächlichsten Züge seines Wesens, wie sie die Behandlung ergab, herauszuschälen versuchen und dabei auf das uns hier Interessierende besonders eingehen. Bei dem Kranken lag zweifellos eine gewisse erbliche Belastung und konstitutionelle Abartigkeit vor, deren seelische Bewertung durch den Kranken häufig störend auf die Behandlung wirkte, bis er sich allmählich dazu durchgerungen hatte, alles Körperliche zunächst hintanzustellen.

Die Familien beider Vorfahrenreihen sind offenbar psychopathisch, nervös, reizbar; der Großvater (v.) ist im Irrenhaus gestorben, in der väterlichen Familie sind mehrere Hagestolze; der Vater selbst war überstreng, unfroh, stellte das Leben immer düster und schwer hin. Wenn jemand zu Hause lustig war, wurde er vom Vater zurechtgewiesen. Die Mutter war

etwas menschenscheu, kontaktarm, 13 Jahre jünger als der Vater; die Ehe war disharmonisch, wenn auch nicht gerade unglücklich. Eine Schwester der Mutter hat, angeblich wegen Schulden, Selbstmord verübt. Der Bruder des Kranken ist ein laxer Kaufmann, etwas verschwenderisch, Lebemann, geschieden, dabei auch innerlich unglücklich; er wollte sich ebenfalls von mir behandeln lassen, kam aber nicht wieder.

Der Kranke selbst war von jeher, solange er denken kann, ein Einspänner, in bestimmter Weise stark interessengebunden, in seiner Art radikal mit dem Einsatz aller seiner Kräfte; das ist der kennzeichnendste Zug, der immer wieder zum Vorschein kommt. Wenn er etwas tut, tut er es ganz, er kann nichts halbes sehen, er kann nicht zwei Dinge auf einmal oder nebeneinander tun, er kann nicht arbeiten und sich etwas vom Leben gönnen; auch nachher in der Umstellungszeit neigte er gern zum Extrem, wenn auch jetzt nach der anderen Seite; es fiel den Angestellten auf, daß er jetzt zeitweise sein Geschäft vernachlässigte, auch wurde er in sexuellen Dingen leichtsinnig. Er sagt von sich selbst: Wenn ich etwas als richtig erkenne, dann habe ich eine gewaltige Stoßkraft. Aber er wußte eben im Menschlichen nicht, was er soll und will.

Er wurde streng erzogen, bemerkte früh den Zwiespalt der Eltern, sah, wie der Vater immer wieder finanziell für seine Verwandten grade stand. Der Kranke lebte fremd im Elternhaus, er empfand dies dunkel schon in frühester Jugend. Er hatte nie Freude an abstrakten Dingen, sondern hielt sich am Handgreiflichen, sein einziger Zeitvertreib in der Schulzeit waren technische Versuche; auf dem Gymnasium, das er bis zum Einjährigen besuchte, blieb er zweimal sitzen. Er hatte sich noch nie im Leben richtig gefreut, er konnte sich nie von seiner Schwere loslösen, und so lange er weiß, war er neidisch auf die andern, die es konnten. Er kam sich bei anderen überflüssig vor, Ermunterungen von wohlwollenden Bekannten wirkten verschlimmernd. Er fragte sich häufig: Was ist denn mit dir los? Du bist doch anders wie die anderen!

Er ist stark an die Mutter gebunden, er liebt sie sehr und fühlt sich für sie verpflichtet; weil sonst angeblich niemand für sie da ist, fährt er mit ihr in die Bäder, weil sie es nötig habe; dadurch kommt er nicht zu sich selbst und räsonniert dauernd über seine Mutter, die ihre erwachsenen Söhne noch zu bevormunden sucht, noch alles von ihnen und über sie wissen will. Er hat auch das Gefühl (wohl mit Recht), von seinen Verwandten finanziell ausgenützt zu werden (wie der verstorbene Vater), nachdem er sich seine geachtete Position geschaffen hat; besonders sein Bruder liegt ihm schwer auf der Tasche.

Er hat eine unbestimmte, aber tiefe Sehnsucht nach einem schönen Familienleben, was er angeblich zu Hause bei der Mutter, die ihm und dem geschiedenen Bruder den Haushalt besorgt, nicht hat; er sehnt sich wohl auch allgemein nach einer Frau, die ihm alles nett macht, er beneidet andere, aber das ist alles. Er weiß nicht was mit ihm los ist, was er machen soll, wie er es machen soll. Er ist immer allein. Er hat eigentlich noch nie Sympathie zu Mädchen und Frauen gehabt. Er hat früher nie gewußt, daß man Gemüt haben kann, daß man scherzen und sich necken kann, er nahm alles ernst und tragisch. Er hatte auch noch nie eine tiefere religiöse Bindung.

Der Kranke ist nicht streitsüchtig, er haßt sogar jeglichen

Streit und Auseinandersetzung. An sich ist er weich, möchte bei traurigen Dingen am liebsten weinen, »aber das darf man ja nicht«. In den letzten Jahren hat er Mitleid mit Tieren und Kindern. Das war früher allerdings anders; er bekam Wollustgefühle, wenn der Vater aus dem Tierschutzverein erzählte. Er zog daraus und aus der Art, wie der Vater erzählte, schon früh seine eignen Schlüsse über den Charakter des Vaters und warum dieser in den Tierschutzverein gegangen war.

Er überlegte sich, ob sich der Vater etwa auch freue, wenn es um Mißhandlungen ging. Er fand einen unlösbaren Widerspruch, und schon früh belastete er den Vater mit der Schuld dafür, daß er, der Sohn, in seinem Charakter so viele Schwierigkeiten habe. Und doch entschuldigt er den Vater wieder, dieser sei vielleicht auch nicht richtig erzogen worden; man hatte ja auch dem Vater früher gesagt, daß aus ihm nichts würde, und doch war der Vater ein angesehener und vermögender Kaufmann geworden.

Schon früh, etwa mit 10—11 Jahren, hat der Kranke onaniert, mit der Vorstellung, daß er seine Mitschüler schlägt. Diese Phantasie ist ihm bis heute geblieben, seine Mitschüler sind in der Phantasie nicht älter geworden. Wenn er aber einmal seine Mitschüler wirklich schlug, hatte er keine Lustgefühle. In der letzten Zeit kamen beim Onanieren auch schon mal Frauen in seine Schlagephantasien; aber auch noch die ersten, ergebnislosen Koitusversuche mit Frauen gingen alle mit Schlagszenen einher. Er stellte sich besonders gerne Schulkameraden vor, denen die Kleidung prall am Leibe ansaß; er schämte sich nachher jedesmal sehr.

Früher hat er sich wegen dieser sadistischen Phantasien eingebildet, er sei ein gefühlloser Mensch; er ist Rührszenen gern aus dem Wege gegangen.

Noch vor dem 10. Lebensjahre hat er den Koitus zweier Hunde beobachtet, vielleicht hat er damals auch schon selbst onaniert. In der Obertertia hatte er eine Hodenentzündung, deren Ursache er nicht kennt. Er hat die unklare Erinnerung, als ob der Arzt damals mit dem Vater über die Möglichkeit eines Geschlechtsverkehrs gesprochen hätte.

Nach dem Einjährigen kam er in einen nicht allzufernen Ort in die Banklehre. Vor der Abreise sagte ihm der Vater: Arbeite, und hüte Dich vor den Frauenzimmern; laß Dich nicht mit Frauenzimmern ein! Das war die einzige Aufklärung, die er zu Hause bekommen hat. — Der Vater kam selbst, um sich davon zu überzeugen, ob er genügend Fortschritte in seiner Lehre machte, und ob ihn seine Tanzstunden nicht zurückbrächten. Das wirkte kolossal auf ihn und trieb ihn ganz in seine spätere Richtung der radikalen Ablehnung und Angst gegen die Frauen. Und das alles, obwohl er gleichzeitig den Vater schon irgendwie unbestimmt ablehnte.

So blieb er in der Lehrzeit ohne Anschluß, arbeitete Tag und Nacht, spezialisierte sich nachher für das Steuerfach und war stolz darauf, darin mehr zu wissen und zu leisten als seine akademisch vorgebildeten Kollegen; die Schwierigkeiten des Berufes reizten ihn am meisten.

Er schämte sich seiner Kryptorchie und holte sich während der Lehrzeit Rat bei einem Arzte, den er vorher in der Badeanstalt nackt gesehen

hatte; er sah überhaupt damals manchmal nach Männern, wie er mir erst später gestand; er hatte auch in der Lehrzeit einen mißlungenen geschlechtlichen Annäherungsversuch an ein Mädchen in der Pension gemacht, einen weiteren ebenfalls mißlungenen Versuch einige Jahre später im Kriege mit einer geschiedenen Frau. Kurz vor dem zweiten Versuch hatte er einmal mit dem Bruder über sexuelle Dinge gesprochen, und der Bruder hatte ihm gesagt, Verkehr sei notwendig. Kurz nach dem zweiten Versuch bekam er ein unspezifisches Geschwür an der Lippe, und er lebte damals in Angst vor einer Lues. Ein dritter Versuch später mißlang ebenfalls. Das war alles.

Etwa 1921 hat er sich kurze Zeit beim Onanieren selbst geschlagen, etwa 1926 wieder eine Zeit lang.

Er las im Krieg ein Werk über Sadismus usw. und machte sich Vorwürfe wegen all dieser Dinge; es kam ihm schmutzig vor: »man weiß doch, daß es Homosexuelle gibt«, und er schämte sich wieder. Er kam sich abnorm und minderwertig vor. Er quälte sich furchtbar mit seinen Grübeleien. Bordells waren ihm zuwider. Er sah auch, daß die sexuell Ausschweifenden im Geschäft nichts leisteten. Er kam sich selbst bald vor wie ein zweiter Haarmann, wie ein Verbrecher, er wußte aber nicht, wie er die Schuld abtragen sollte.

Beim Militär vor dem Kriege hatte er allerlei ihn niederdrückende Erlebnisse. Er hatte nämlich auch keine Beziehung zum Soldatsein und sah in allem nur Schikane; er wurde auch, nach seiner Ansicht ungerecht, bestraft wegen Kleinigkeiten, wie sie eben beim Militär vorkamen, er fühlte sich auch sonst schikaniert, man habe auf ihm herumgehackt. Er sah allerdings bei der Behandlung selber ein, daß er durch sein starres und stures Wesen vielleicht seine Vorgesetzten, auf beiden Seiten wohl unbewußt, gereizt habe; trotzdem blieb der Affekt auch später noch bestehen. Er hatte nun damals schon Selbstmordgedanken, weil er das alles nicht recht verstand und als Unrecht empfand.

Er war dann nach der Militärzeit eine ganze Zeit lang depressiv, vernachlässigte sich, rasierte sich nicht, teilweise auch aus Angst, er könne sich etwas antun. Damals fingen auch sonst einige zwangsneurotische Züge an. Aber er arbeitete fleißig. Es waren die beiden schlimmsten Jahre seines Lebens, das Einjährigen-Jahr und das Jahr nachher. Alle anderen im Geschäft waren fröhlich. Einmal warf er im Zorn einen faulen Apfel hinter dem Prokuristen her; aber der lachte nur; er mußte da selbst auch lachen, aber er verstand doch nicht, wie man über so etwas lachen konnte. Er war auf alle Menschen neidisch.

Von jeher verstand er sich mit seinem Vater nicht; er schob ihm viel Schuld zu, hatte immer Geplänkel mit ihm, er haßte ihn sogar. Der Vater, so dachte er, wollte ihm das Leben schwer machen. Der Vater hatte so eine Art, es einem schwer zu machen; er wollte auch immer vorwärts streben und verdienen, war aber bei allem ein Tyrann, es war immer eine gewisse Schärfe bei ihm; zu Hause drehte sich alles um den Vater, zu Hause ging alles in Hetze; auch wenn man ausgehen wollte, dann drängte der Vater. Dann war für unseren Kranken das ganze Vergnügen vorbei; er hatte dann Wut, aber der Spazier-

gang mußte ausgestanden werden. Weihnachten war nie ein Fest der Freude für sie zu Hause, er hat deswegen schon geweint. Zärtlichkeiten kannten sie zu Hause nicht, obwohl er sich irgendwie danach sehnte; und wenn der Vater Sonntags morgens den Sonntagskuß gab, dann empfand unser Kranker innere Abwehr; das war schon mit 8, 9 Jahren. Er hatte Wut gegen den Vater, bedauerte die Mutter. So entwickelte sich bei ihm, ausgesprochen allerdings erst nach der Lehrzeit, Abneigung, Lieblosigkeit, Haß gegen den Vater. Alles blieb unverarbeitet in seiner Seele liegen.

Nach der Einjährigen-Zeit oder nach dem Kriege kam ihm nun der Gedanke, den Vater, wenn er am Schreibtisch saß, zu töten; nicht sehr ausgeprägt, es war auch nicht viel Überlegung dabei, aber es war da. Als der Vater später wirklich starb, ist ihm der Tod sehr nahe gegangen. »Die Mordgedanken waren mir furchtbar, so schlimm, daß ich es nicht sagen kann; ich bekam Angst, hielt es aber auch wohl für krankhaft.«

Dann das Verhältnis zum Bruder: Schon in der Kindheit hatte er Zusammenstöße mit dem Bruder, verspürte Neid und Abneigung gegen ihn. Der Bruder hatte eine andere Art sich zu geben, hatte mehr Freunde als er. Unser Kranker hatte selbst überhaupt nur einen einzigen Jugendfreund oder besser gesagt Kameraden; mit ihm machte er seine technischen Versuche; da war er der »Meister«, wie ihn der Vater des Kameraden, einer seiner Lehrer, nannte; der einzige Lehrer übrigens, den er schätzte. — Sein Bruder hatte ihn oft geärgert, wohl meist in spielerischer Art und nicht tragisch gemeint, aber unser Kranker konnte das nie als Spielerei, als Scherz auffassen, sondern er behandelte das, wie überhaupt alles, als furchtbar ernst und wichtig; er kannte ja keinen Spaß; mit Nichtigkeiten wollte er sich ja nie abgeben.

Der Bruder hatte alles, genoß das Leben, selbst dann noch, als er eigentlich nichts mehr zum Leben hatte, sondern finanziell unserem Kranken zur Last fiel; und unser Kranker hatte vom Leben nichts, sondern nur seine Arbeit. So entstanden in ihm Mordgedanken auch gegen den Bruder, hier und da und öfter; auch nicht sehr ausgeprägt, noch nicht einmal so stark wie gegen den Vater, aber sie waren da. Aber wenn der Bruder wieder in Not war und kam, half er ihm doch immer wieder, wenn er sich auch tausendmal über den Bruder geärgert hatte, daß er nicht wirtschaften konnte, über seine Verhältnisse lebte. »Ich mußte immer geben.«

Nie steigerten sich allerdings diese Haß-, Rache- und Mordgedanken bis zu einem wirklichen Vorhaben; gelegentlich kamen sogar solche Gedanken gegen die Mutter, weil er im Bereich der

kleinen Dinge des Alltags unter ihrer Fürsorge nicht die Behaglichkeit und die Ordnung fand, die er sich wünschte, auf die er Anspruch und Anrecht zu haben glaubte.

Das ist in großen Zügen die Geschichte seines Lebens, seiner seelischen Entwicklung; und die Herausschälung aller dieser Dinge, ihre Besprechung und Inbeziehungsetzung hat, wenn auch nach vielen Fährnissen, langsam zu einer ganz erheblichen Besserung geführt. (Nebenbei wurde natürlich auch noch medikamentös, vor allem hormonal, behandelt.) Radikal, wie unser Kranker war, war ihm schließlich zeitweise die Herstellung rein sexueller Beziehungen das Wichtigste; und die dauernden Mißerfolge seiner Versuche, die er gegen den Rat des Arztes unternahm, führten zwischendurch ausgesprochene negative Phasen herbei, wieder bis zu ernstlichen Selbstmordgedanken; auch war ihm die sadistische Einstellung beim Akt noch zu stark; endlich ging doch alles in einigermaßen geregelte Bahnen hinein, wie ich schon oben geschildert habe. Unser Kranker erkannte die Bedingungen seiner Fehlentwicklung, korrigierte seine fehlerhafte seelische Grundhaltung und kam so zu einem befriedigenden Erfolg, nachdem er auch noch weltanschaulich zu einem gewissen Ausgleich gekommen war und seine eignen Strebungen und die Notwendigkeit von ethischen Grundforderungen im Hinblick auf die Allgemeinheit abzuwägen und auszugleichen gelernt hatte.

Dieser Fall gibt uns einen gewissen Einblick in die Struktur eines gequälten, neurotischen, aber sonst durchaus sozialen, sogar erfolgreichen Menschen mit Mordphantasien. Gewisse gefühlsmäßige Beziehungen zu manchen Mördern treten ohne weiteres zutage. Es gibt ja eine ganze Reihe von Mördertypen, bzw. Morde können von den verschiedensten Menschentypen begangen werden. Ich kann hier darauf nicht näher eingehen, es ist schon oft darauf hingewiesen worden. Worauf es zurückzuführen ist, daß unser Kranker die Mordphantasien nicht weiter ausgesponnen oder sogar ausgeführt hat, ist schwer zu sagen; den Begriff der Hemmungen hier zu gebrauchen, wäre zu banal, besonders da der Kranke sonst immer durchaus radikal ist und aufs Ganze geht; er selbst sagt, daß er vor diesen Gedanken erschrocken sei, und daß er sie zeitweise selbst für etwas krankhaftes gehalten habe; aber sie sind nach ihrer ganzen Art nicht ohne weiteres mit zwangsneurotischen Regungen zu vergleichen, weder subjektiv vom Kranken gesehen, noch objektiv von uns aus. Auch sind es keine blinden Impulse, sondern sie sind aus der ganzen innerseelischen Situation des Kranken zu verstehen, folgerichtig entwickelt und bis zu einem gewissen Grade einfühlbar.

Ich glaube jedenfalls, daß der Psychotherapeut in solchen und ähnlichen Fällen, die nach meinen Erfahrungen verhältnismäßig häufig sind, durch seine Behandlung nicht nur Neurosentherapie ausübt, sondern auch eine gewisse Verbrechensprophylaxe treibt. Ich hoffe, das noch deutlicher an einem weiteren Fall zeigen zu können, der auch noch klarer wie dieser die Beziehungen zu einer eigentlichen psychotherapeutischen Verbrecherbehandlung erkennen läßt.

Kriminal-psychotherapeutische Einzelfälle:

II. Ein Neurotiker mit vielseitigen (polytropen) verbrecherischen Neigungen.

Von

Dr. **Franz Kapp**, Strafanstaltsmedizinalrat in Köln.

In einem vorhergehenden Aufsatz habe ich dargelegt, daß die Frage der psychotherapeutischen Behandlung von Verbrechern noch nicht über Anfänge hinaus gediehen ist, und daß es noch der mühseligen Zusammentragung und Durchforschung vieler Einzelfälle bedürfe, die noch nicht einmal notwendigerweise nach außen hin kriminell geworden zu sein brauchen. Es ist dabei natürlich, daß es zunächst offenhin neurotische Menschen sind, die behandelt werden können und sich behandeln lassen, und da wieder vor allem solche mit sexuellen und anderen Triebstörungen; ob von da aus später ein Weg gefunden werden kann zur Behandlung von sogenannten »gesunden« Verbrechern, muß dahingestellt bleiben; jedenfalls wird die Schwierigkeit und das Risiko des Einsatzes ungemein viel größer sein als sonst irgendwo; denn die Praxis wird enge Grenzen finden in den wirtschaftlichen Möglichkeiten, die keine allzu subtile Betreuung einzelner zuläßt, wo straffe, wenn auch zum Teil schmerzhafte Großmaßnahmen schneller und billiger zum Nutzen der Allgemeinheit ausschlagen; ich denke da vor allem an Sicherungsverwahrung, Kastration und Sterilisation.

In dem früheren Aufsatz habe ich einen Kranken beschrieben, einen trieblich, insbesondere sexuell gestörten Neurotiker (Kennzeichen: sein Radikalismus) mit starker erblicher Belastung und körperlich-konstitutionellen Anomalien, der neben anderen nervösen Störungen auch (allerdings wenig ausgeprägte) Mordphantasien gegen seine nächsten Angehörigen hatte, die an sich nicht ohne weiteres zwangsneurotischen Regungen gleichzusetzen waren; der Kranke wurde durch eingehende tiefenpsychotherapeutische Behandlung weitgehendst gebessert und ausgeglichen, sozial mehr angepaßt und genußfähig gemacht.

Im folgenden will ich einen zweiten Kranken schildern, wieder einen triebgestörten Neurotiker mit sexuellen Anomalien und starken vielseitigen verbrecherischen Regungen, die sich sogar teilweise in die Tat umgesetzt haben, ohne daß sie jedoch entdeckt wurden und damit unmittelbare gerichtliche Bedeutung erhielten; besonders eindrucksvoll bei dem Kranken waren seine Massenmordphantasien. Auch dieser Kranke wurde in vielmonatiger Behandlung weitgehend gebessert, ausgeglichen, arbeitsfähig und lebensfreudig gemacht; durch den Wechsel meines Wirkungsortes habe ich ihn aus den Augen verloren, auf verschiedene Anfragen hat er nicht geantwortet.

Wir werden an diesem Fall besonders deutlich sehen, in welcher Richtung eine kriminalpsychotherapeutische Behandlung wirken und nützen kann, vor allem auch im Sinne einer allgemeinen Vorbeugung bei Menschen, die an der Schwelle der Kriminalität stehen. Jeder Psychotherapeut wird wohl solche Fälle behandeln und bessern, jedenfalls sozial machen.

Es handelt sich um einen 1899 geborenen kaufmännischen Angestellten, der mit etwa 30 Jahren in meine Behandlung kam, weil er seelisch einfach nicht mehr weiter konnte. Er war schon vielfach behandelt worden, aber die seelische Seite seiner Beschwerden war früher nie, in der allerletzten Zeit nur unvollkommen erkannt und berücksichtigt worden.

Erheblichere erbliche Belastung lag nicht vor, beziehungsweise war nicht festzustellen. Der Kranke ist unehelich geboren; die Mutter ist Künstlerin, die sich in einer Großstadt mühselig durchschlagen mußte und zudem wahrscheinlich lungenkrank war; der Vater, ebenfalls Künstler, hatte sich unter dem Druck seiner Familie nach der Geburt unseres Kranken vollständig zurückgezogen. Die Mutter wohnte mit dem Jungen lange Zeit bei zwei Frauen, einer bejahrten Dame mit einer schon älteren Tochter; diese beiden Frauen nützten die Mutter (nach der Schilderung und Auffassung unseres Kranken) unter dem Mantel der liebevollen Fürsorge aus, ließen sie für die Gewährung einer ärmlichen Unterkunft fast die ganze Hausarbeit leisten, die sie neben ihrem Musikunterricht verrichten mußte. Die Mutter war eine stille Dulderin, stand ein wahres Martyrium aus, war der Blitzableiter der alten, herrschsüchtigen und launischen Damen. Doch sorgten diese in ihrer Art gut für den Jungen, zogen ihn an wie einen Prinzen usw., engten ihn aber überall in seinem jungenhaften Tun, Streben und Spielen ein. So fühlte sich unser Kranker schon früh verstoßen, geriet in einen Gegensatz zu den alten Damen, bekam ein ganz falsches Autoritätsgefühl. Er wurde schon als Kind der Vertraute der Mutter, ahnte, daß hinter der äußeren Korrektheit und Fürsorge der alten Damen ein überheblicher Hochmut steckte; überall bekam er Befehle und Verweise (»Du machst alles schmutzig; auf die Straße gehen brave Kinder nicht« usw.), er durfte nie zu andern Kindern, wurde aber, wenn Besuch kam, geschniegelt und gestriegelt präsentiert. Dadurch geriet er schon früh in einen Zwiespalt, bekam Abneigung gegen die alten Damen und hatte schon früh das Gefühl: Ich bin ein Weiberfeind. Gleichzeitig entstanden auch schon früh zwiespältige Gefühle gegen die Mutter, die er zwar sehr liebte, die ihn aber aus

Angst vor den alten Damen eben auch klein und artig halten mußte. Er sagte schon damals der Mutter, er wolle unbedingt im Leben hochkommen; so trafen ihn alle diese Demütigungen doppelt. Als er einmal in der Schulzeit das Bett näßte, gab es eine fürchterliche Schimpferei von den alten Damen.

Mit fünf Jahren begegnete ihnen zufällig der Vater; der wollte ihm Geld geben, die Mutter wehrte das aber ab. Sonst zahlte der Vater immer lässig und nur auf Druck. Der Junge fand später die Postabschnitte, erfuhr aber erst mit 11 Jahren, was die Abschnitte bedeuteten und daß er unehelich sei. Die Tatsache der Unehelichkeit war auch später für ihn immer eine Quelle stärkster psychischer Konflikte.

Schon früh hatte unser Kranker sexuelle Empfindungen und Erlebnisse (die Zeitangaben wechseln etwas, manchmal um zwei bis drei Jahre). Mit 4—5 Jahren griff er einem Jungen hinten in den Hosenlatz, mit 6—8 Jahren hatte er Interesse für nackte Statuen, besonders für deren Gesäß, mit 8—9 Jahren empfand er Lustgefühle bei Züchtigungen durch die Mutter, die ihn auf das nackte Gesäß schlug. Um diese Zeit empfand er auch Lustgefühle mit Erektionen, als er selbst ein Mädchen schlug.

Etwa damals verlobte sich auch die Jüngere der alten Damen, etwa 40 Jahre alt, mit einem viele Jahre jüngeren Mann, den sie vollkommen beherrschte und später heiratete. Unser Kranker verehrte und liebte diesen Mann ebenso, wie er die beiden Damen ablehnte und haßte. Es war der erste Mann, der in sein Leben trat. Dieser hatte eine besondere Vorliebe für das Gesäß seiner Braut, der Junge schnappte auch mehrere Male diesbezügliche Äußerungen auf. Als der Junge 10 Jahre alt war, zog die Mutter mit ihm von den alten Damen fort, nicht ohne neue, erhebliche Auseinandersetzungen, Warnungen usw. Seit dieser Zeit war unser Kranker bei gelegentlichen Besuchen bei den Damen besonders ablehnend und trotzig. In der Folgezeit hatte er (es war in der Schul- und Nachschulzeit) mehrere Verhältnisse mit jüngeren Knaben, deren Gesäß, aber auch, wie er erst ganz zuletzt erzählte, deren Geschlechtsteile ihn reizten. Er spielte mit den Jungens so lange, bis er sie bei irgend einer Gelegenheit schlagen oder sonst am Gesäß berühren konnte, aber möglichst unauffällig. Er lebte dabei in einer immerwährenden Angst vor Entdeckung, hatte dauernd Schuldgefühle, die aber ihrerseits wieder etwas Lustbetontes hatten; besonders stark war die Angst, als er einen kreisförmigen Haarausfall bekam. Damals begann erst seine eigentliche Isolierung und sein Strebertum in der Schule. Wenn er beim Diktat nicht mitkam, bekam er Wollustgefühle mit Erektionen. Er schrieb daneben damals schon Textbücher für Theaterspiele, alles tragische Sachen. Er las mit 13—14 Jahren ein Buch über Homosexualität, er wurde dadurch noch mehr verwirrt, da er sich nunmehr sagte: es hat ja doch keinen Zweck, du bist nun mal so! Mit 16—17 Jahren betrachtete er sein eigenes Gesäß und onanierte.

Einmal bekam er Schläge wegen eines kleinen Mädchens, einer Verwandten der alten Damen, ein anderes Mal wurde er in der Schule vor einer fremden Mädchenklasse vom Lehrer zu Unrecht mit Schlägen bestraft. In der Schule hatte er Minderwertigkeitsgefühle, war aber sonst der erste in der Klasse; er wurde in die Rolle eines Musterknaben gedrängt, trotzdem bestahl er seine Schulkameraden um Kleinigkeiten, hatte dabei wohl das Gefühl des Unrechten, aber nicht eigentlich des Strafbaren. Er riß nach der

Schulentlassung bei einer bekannten, ihm wohlwollenden Familie Bilder aus einem guten Buch, es wurde entdeckt, er hatte wieder ein Gefühl des Unrechts, steigerte sich aber nach der Entdeckung trotzdem in Haß und Abneigung gegen die betreffende Familie hinein.

Er wollte studieren, hatte Interesse an Botanik und Astronomie, mußte aber aufs Büro, in eine Viehversicherung. Das galt als minderwertig; er sah sich auf verlorenem Posten, blieb aber mit Unterbrechungen bis heute in dem Beruf. Dadurch verstärkten sich seine verschiedenen Abneigungen, es entwickelte sich langsam ein Menschenhaß. Der Beruf kam ihm unehrlich vor; die Angestellten bekamen Provision für abgelehnte Schäden. Er hatte schon während des Krieges als unreifer Mensch die ganze Korrespondenz wegen der Kastrationsschäden zu erledigen, er tat das mit einer wahren Wollust. Dabei machte er sich gleichzeitig die größten Vorwürfe wegen seiner Beziehungen zu Knaben. Er wollte an sich besser sein als sein Vater, der ihn mit seiner Mutter im Stich gelassen hatte, und litt unter seiner eignen Onanie und dem Verkehr mit den Jungens. Auch im Hinblick auf den Vater sah er schon früh die Beziehung Mann—Frau unter dem schiefen Gesichtswinkel des Unkorrekten.

Sein ganzes Alltagsleben war auf Sexuelles eingestellt; er schaute begehrlich auf kleine Jungens, von jeher sexualisierte er die Spiele der Kinder, besonders wenn geschlagen wurde; aber er fühlte dabei, daß die Kinder nichts Sexuelles dabei hatten. Er wunderte sich bei der Behandlung, daß er noch nicht mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen war. Wo er in Lektüre oder Erzählungen anderer etwas Sexuelles erwischen konnte, verschlang er es mit wahrer Leidenschaft, aber immer unter den schrecklichsten Selbstvorwürfen. Etwa mit 22 Jahren begann er sich beim Onanieren auch Mädchen vorzustellen. Immer klebte er an seiner Vergangenheit und konnte nicht mit ihr fertig werden. Er hatte Angst und war feige; er suchte sich bei der Musterung während des Krieges durch Einnehmen von Arzneimitteln zu drücken; er wurde doch eingezogen, geriet später in Gefangenschaft; in Gefangenschaft hatte er eine Reihe sexueller Erlebnisse mit Mitgefangenen, mit gegenseitiger Onanie usw.; er erfuhr auch Demütigungen durch die Franzosen, die er nicht verwinden konnte. Er kam nach dem Kriege wieder zur alten Firma.

Schon früh hatte er zwangsartige Zustände; die Finger rochen ihm, besonders nach dem Austreten, etwa bis zum 20. Lebensjahre; er hatte Angst, die Hose stehe ihm offen. Er hatte von jeher Abneigung gegen die Pflege der Fingernägel und des Haars. Körperliche Betätigung lehnte er für sich immer ab aus angeblicher Besorgnis wegen seiner Lungen; er glaubte selbst an diese Entschuldigung und hatte doch ein ungemütliches Gefühl dabei. Der Mutter zuliebe kündigte er dann bei der alten Versicherungsfirma und ging vorübergehend in eine Seifenfabrik; dort erlebte er aber eine große Enttäuschung, er mußte niedrige Arbeiten verrichten. Dort küßte er einmal ein schmutziges Mädchen; seitdem hatte er öfter asthmatische Beschwerden. Er nahm auch Seifenproben mit nach Hause, wurde dabei von seinem Chef erwischt und beschämt. Das alles legte er seiner Mutter zur Last. Später wurde er zu seiner alten Firma zurückgeholt, reorganisierte dort den ganzen Betrieb, der angeblich ziemlich verlottert war; er ließ sich trotz seiner inneren Abneigung gegen seine alte Firma mehrere glänzende Angebote von Firmen anderer Versicherungs-

zweige durchgehen. Er holte dann 1921 seine Mutter in die kleine Stadt nach, in die seine Firma aus technischen Gründen mittlerweile ihren Betrieb verlegt hatte. Er stand immer seiner Mutter zwiespältig gegenüber, die ja seinen Lebensweg bestimmt hatte; aber er liebte sie dabei sehr.

Trotz guten Verdienstes kam er wirtschaftlich auf keinen grünen Zweig, er verstand nicht zu wirtschaften; auch die Mutter hatte das von jeher nicht verstanden. Sein Gefühl der wirtschaftlichen Erniedrigung geht überhaupt bis in die Kindheit zurück, wo schon die alten Damen der Mutter Vorwürfe machten, daß sie nicht sparen könne. So fühlte er sich auch finanziell im Rückstand seinen Kollegen gegenüber; er war schlechter angezogen als diese, hatte eine schlechtere Wohnungseinrichtung und dabei sogar noch Schulden. Er hatte Sorge, es könne sie jemand besuchen und ihre Armut merken. Dafür kaufte er unnötige Sachen, die er garnicht gebrauchte; er war ein Bücherwurm, dabei kaufte er aber die ganzen letzten Jahre Bücher, ohne sie zu lesen; er lieh auch Bücher, las sie aber nicht, sondern stellte sie in seinen Schrank und gab sie einfach nicht zurück. Ferner sammelte er Käfer und Schmetterlinge.

Mit seinem Gesundheitszustand ging es Jahr für Jahr schlechter, besonders im Frühjahr. Er wurde lange und intensiv auf seine Lungen behandelt (auch die Mutter hatte ja mit der Lunge zu tun). Seine Tuberkulosefurcht ging bis in die Kindheit zurück. Er versuchte es mit Nacktkultur in der Heide, traf dort nette Menschen, kam aber natürlich mit noch größeren Konflikten zurück. Er fühlte sich immer und überall außerhalb stehend. Er griff nach allem, was ihm helfen sollte, ging zu Kurpfuschern usw., ahnte dunkel die seelischen Grundlagen seines ganzen Leidens, die aber nie, jedenfalls nicht in ihrer ganzen Bedeutung erkannt wurden.

In den letzten Jahren knüpfte er eine ganze Reihe Verhältnisse mit Mädchen an. Das erste Mädel war noch sehr jugendlich, im Wesen etwas jungenhaft; zunächst interessierte ihn nur ihr Gesäß. Er fühlte sich bei diesen Verhältnissen immer unterlegen, benahm sich eigenartig, stieß die Mädchen vor den Kopf. Er scheute den sexuellen Verkehr, den er auch nie vornahm; jedoch weniger aus moralischen Gründen, die er aber immer wieder innerlich und äußerlich vorschob (auch im Hinblick auf den Vater; er wollte edler sein als dieser), als aus inneren Insuffizienzgefühlen. So hatte er im Laufe der Jahre eine ganze Reihe »versäumter Gelegenheiten«. Immer hatte er auch schon neue Beziehungen angeknüpft, wenn das alte Verhältnis noch nicht erledigt war. Er gab nur ungern etwas auf, was er hatte. Über gewisse (z. T. perverse) Vorlusthandlungen, auch gegenseitige Onanie usw., kam er nie hinaus; bei allem hatte er ein glühend sinnliches Verlangen nach aller Sexualität, beneidete heftig die »erfolgreicheren« Kollegen und verurteilte gleichzeitig ihre Unmoralität. Immer machte er sich dabei die schärfsten Selbstvorwürfe, hatte Angst vor der Entdeckung seiner Verhältnisse, die er z. Teil in seiner Firma anknüpfte. Er betrachtete den sexuellen Verkehr als eine Demütigung vor der Frau, besonders auch den von ihm geübten Cunnilingus.

Auch in seiner beruflichen Tätigkeit suchte er überall Beziehungen zur Sexualität, z. B. bei der Bearbeitung der Kastrationsschäden. Dabei hatte er sadistische Regungen, gleichzeitig Insuffizienz- und Schuldgefühle: »Alles das (die volle Sexualität) ist nichts für dich«. 1927 lernte er dann in seinem Betrieb seine Braut kennen, ein einfaches, schlichtes Landkind; er

brachte sie aus lauter Sorge nachher in einen andern Betrieb unter, verlobte sich 1928 mit ihr; 1930 gegen Ende der Behandlung heiratete er.

In den letzten Jahren begann auch sein Interesse für Sexualverbrechen; er dachte: Es muß doch etwas Wunderbares sein, sich so austoben zu können. Er machte sich aber gleich wieder darüber die schlimmsten Selbstvorwürfe.

Im Beruf arbeitete er weiter, nach außen hin erfolgreich, aber innerlich furchtbar gequält. Er grübelte über die Vergangenheit, über die Gegenwart, über alle Möglichkeiten. Seine Aktenrückstände bei der Arbeit wurden immer größer, in wunderbarer Weise bedingt durch persönliche und sachliche Antipathien, die ihrerseits meist wieder sexuelle Unterströmungen hatten. Auch erinnerten ihn die Rückstände an seine eigene Vergangenheit. Er selbst wurde sich freilich damals über die Zusammenhänge nicht klar; er ahnte nur ganz dunkel, es fiel ihm aber später während der Behandlung wie Schuppen von den Augen, ohne daß ich nennenswert nachhalf. Die Geldanweisungen an die Rechtsanwälte der Firma ließ er liegen, weil er ihnen irgendwie das Geld nicht gönnte. Trotzdem ist er ein Schaffer, der in der Arbeit Betäubung von seinen inneren Qualen sucht. Wenn er längere Zeit nichts mit Jungens hatte, hatte er gute Arbeitszeiten. Sein alter Bürovorsteher, auch ein Eigenbrödler, hatte seine negativen Seiten noch geschürt, ihn aber später bei seinem Chef denunziert. Das gab erneuten Haß, wie er überhaupt allmählich in eine immer tiefere Abneigung und Haßeinstellung gegen alle Menschen, besonders gegen seine glücklicheren und zufriedeneren Mitarbeiter hineingeriet. So kam alles zusammen: Haß gegen die alten Damen, gegen seinen Vater, zwiespältige Gefühle gegen die Mutter, Zweifel an aller Autorität und Religion, bei gleichzeitiger maßloser Sehnsucht nach Ruhe, Autorität, Liebe und Verstehen. Er hatte Haß gegen seinen Bürovorsteher, gegen seine Kollegen, die nicht so gequält waren, die ihr Geld besser einteilen konnten, die sexuelle Erlebnisse hatten, Haß gegen seine Chefs, die ihre Untergebenen skrupellos ausnutzten, selbst nichts taten, deren Geschäftsmoral er mit Recht verurteilte, ohne daß er eine Möglichkeit sah, sich von ihnen frei zu machen. Er machte selbst erhöhte Liquidationen bei Geschäftsreisen, nahm sich mehrfach Geld aus der Portokasse, was nicht entdeckt wurde. Dabei führte er genau Tagebuch über die Fehler und Vergehen seiner Kollegen, um damit später einmal auftrumpfen zu können. Er hatte Haß und Lebensneid auf alle; Rachegedanken, Sinnlichkeit ohne Möglichkeit der Abfuhr, innere Moralität, alles wogte durcheinander.

Dadurch entstand eine ganz gefährliche Seelenstimmung bei dem Kranken. Schon bei den alten Damen war er, wie er sagte, oft nahe an einem seelischen Gefühlsausbruch. Später, in den Zeiten tiefster innerer Not und Verzweiflung sah er keine Auswege, er hatte Selbstmordgedanken, die sich mit Mordphantasien vereinten; er wollte schließlich seine Mutter, seine Braut, seine Kollegin, die ihm besonders als ein ständiger lebendiger Vorwurf erschien, seinen Chef mit umbringen.

Seine Phantasien wurden durch die Gerichtsberichterstattungen der Zeitungen genährt. Der Prozeß Manasse Friedländer erregte ihn maßlos, wo der jüngere unterdrückte Bruder den älteren kräftigeren und dessen Freund tötete. Er hätte genau so handeln können. Er fühlte sich ja auch durch die ganzen Umstände unterdrückt, betrogen: »Es war gut, daß ich

damals keinen Revolver hatte«. Damals richteten sich seine Gedanken vorwiegend noch gegen seine Kollegin auf dem Büro. Er malte sich schon aus, wie alles gehen könne, die näheren Tatumstände, seine Verhaftung, die Aussagen, die er machen wollte, sogar die Zeitungsartikel über die Gerichtsverhandlung usw. »Ich mußte so handeln und grübeln, es war wie ein unabweisbarer Zwang, gegen den ich vergebens ankämpfte..... Es wäre bestimmt zur Tat gereift, dafür habe ich es zu oft durchdacht«. Kurz darauf kam er in meine Behandlung.

Der Prozeß Kürten brachte ihn in ungeheure Erregung, das Eisenbahnattentat zu Leiferde ebenfalls. Überhaupt zeigte er lebhaftes Interesse an großen Katastrophen, bei denen möglichst viele Menschenleben vernichtet wurden. Er empfand Grausen und Genugtuung zugleich; das geschah ja alles den Menschen, die es besser hatten als er, die reisen konnten usw.

Dabei trat er immer nach außen hin für die Todesstrafe ein, besonders bei Sexualverbrechen und Eisenbahnattentätern: »Ich forderte damit gewissermaßen meinen eigenen Kopf«.

Noch einige allgemeine Punkte: Unser Kranker hatte nie Freude am Erfolg, trotz seines Schaffens, trotz seiner Erfolge; immer nur Vorwürfe, wenn etwas nicht gelang. Er war immer unpünktlich. Die Unpünktlichkeit geht bis in die Kindheit zurück, obwohl er an sich die Unpünktlichkeit haßte und verabscheute. Es geschah ja alles unter Zwang, daher alles erst in letzter Minute und so unter einem wahnsinnigen Druck. Auf viele andere interessante Einzelheiten kann ich hier nicht eingehen.

Wenn wir alles zusammenfassen und dabei noch einiges oben nicht besonders Erwähnte bringen, so sehen wir bei dem Kranken eine ganze Reihe krimineller Neigungen, die auch z. T. aktualisiert sind: Beschädigung von Bilderbüchern und Herausreißen von Bildern bei den alten Damen, in der befreundeten Familie, teils um die Sachen zu beschädigen, teils um sich die Bilder anzueignen. Dasselbe machte er noch später in den ärztlichen Wartezimmern, er ließ sogar andere Kranke vor, um sich ungestört die Bilder aus den daliegenden Zeitschriften mitnehmen zu können. Unterströmungen und Motive sind dabei u. a. Haß und Neid, das Gefühl, das ausgleichen zu müssen, was ihm vom Schicksal genommen oder verwehrt war; daher handelte er auch z. T. ohne das Gefühl des Unrechtes, jedenfalls ohne Gefühl des Strafbaren und ohne Reue. Ermahnungen oder Strafen bei gelegentlichen Entdeckungen schürten nur seine Verbitterung und seinen Menschenhaß; das zeigte sich ausgesprochen auch besonders bei den kleinen Diebstählen in der Schule, wo er seine Mitschüler bestahl, obwohl er Klassenerster war.

Diebstähle führte er auch beim Militär aus; auch ließ er sich Insubordination zuschulden kommen; er sollte, weil er in der Reihe etwas vorstand, zurücktreten, aber er tat es einfach nicht: Und wenn man mich totgeschlagen hätte. Er wurde natürlich dafür bestraft.

Es sind ferner zu nennen seine Seifendiebstähle bei der Seifenfirma, in die seine Mutter ihn hineingeschickt hatte; er wurde dabei von seinem Chef erwischt, was wieder eine starke Demütigung für ihn bedeutete. Ferner die Portodiebstähle; die Entnahmen machte er zunächst mit dem Gefühle des Entleihens; er wollte sie später zurückgeben, buchte die Marken dann aber doch als verbraucht mit einem Gefühl des Hasses gegen seine Firma. Als Reaktion darauf entstanden seine fortlaufenden Versuche, auch seine Kollegen zu drücken, die glücklicher und sorgloser waren als er. Er machte übermäßige Spesenforderungen an seine Firma, nahm Bleistifte mit nach Hause, stahl sich eine Aktentasche vom Speicher und zerschnitt sie bis zur Unbrauchbarkeit, sodaß er die Lederreste nicht mehr verwenden konnte. Er ließ sich bei gelegentlichen Einkäufen Quittungen über die eingekauften Kleinigkeiten, Bleistifte, Radiergummi usw. ausstellen, um im gegebenen Falle gesichert zu sein. Er mußte mitmachen bezw. gezwungenermaßen still halten bei dem nach seiner Ansicht betrügerischen und unredlichen geschäftlichen Manipulationen seines Chefs.

Es sind vor allem zu nennen seine sexuellen Betätigungen mit Knaben und Kindern von frühester Kindheit an, die eine einzige Kette von Handlungen darstellten, die nach außen hin oft kaum erkennbar, nur angedeutet waren und fast nur Symbolwert besaßen, bis zu manifester strafbarer Betätigung: »Wie durch ein Wunder bin ich noch nicht entdeckt worden«.

Es sind endlich zu nennen seine Mord- und Selbstmordphantasien. Er dachte oft an Selbstmord, er wollte ins Wasser gehen (auch die Todesarten, die er für sich und die andern aussuchte, sind wieder interessanterweise psychologisch determiniert, worauf ich hier nicht näher eingehen kann). Er kam von dem Gedanken, ins Wasser zu gehen, später wieder ab, malte sich 1928/29 die Sache anders aus. Er wollte einen Revolver kaufen, wollte Mutter, Braut, sich selbst erschießen; er redete sich zuletzt selbst ein, nur mehr eine gewaltsame Lösung seines seelischen Zwiespalts sei möglich, weil er ganz verzweifelt war. Es war dies kurz, bevor er in meine Behandlung kam. Diese Stunden waren aus seinem ganzen gequälten Leben die allerdüstersten für ihn, denn es gab ja auch keine Befreiung, und seine Gedanken richteten sich z. T. gegen die Menschen, die ihm am liebsten waren. Später änderte er die Sache wieder ab und dachte, daß er zunächst seine Kollegin, die er ebenfalls als glücklicher und ausgeglichener aus neurotischer Einstellung heraus maßlos haßte, aus dem Wege schaffen müßte. Als letzter kam in diese Reihe sein Chef, aber diese Gedanken waren bei weitem nicht so ausgeprägt wie die andern.

Er weiß genau, wenn es jetzt durch die Behandlung nicht besser geworden wäre, wäre die Katastrophe schon eingetreten, weil die letzte Krise für ihn schon zu schlimm gewesen war: »Es wäre bestimmt zur Tat gekommen, dafür war es zu oft durchdacht«. Und doch war es seiner innersten Natur zuwider, weil er sich zutiefst nach Verstehen, Liebe und Glück sehnte.

Darüber hinaus hatte er auch sonst seine Massenmord-, Sexualmord- und Katastrophenphantasien.

Alles in allem ist dieser Kranke ein hervorragendes Beispiel für die polytrope Neigung zu allen möglichen Verbrechen, wenn auch nur verhältnismäßig harmlose Delikte wirklich ausgeführt worden sind. Wir sahen vor allem auch wieder einmal, wie die Vorgeschichte und Entwicklung der kriminellen Neigungen bei dem Kranken bis in die Kindheit zurückgehen. Charakteristisch für unsern Kranken ist sein Leiden und Kleben an der Vergangenheit, von der er sich nicht losmachen konnte, sein Streben, sich hervorzutun, etwas zu leisten; bemerkenswert ist auch, wie dieses Streben sich in der Richtung veränderte, wenn er sich schon sonst nicht öffentlich hervortun konnte, dann wenigstens eine große verbrecherische Leistung zu begehen; allerdings war diese Alternative nicht deutlich bewußt. Wir sehen ferner die große Bedeutung des Milieus und der gesamten von außen kommenden Gestaltung des Lebens, die Bedeutung der Erziehung von der ersten Kindheit an, den Einfluß der Umgebung, des Umgangs, vor allem auch die Bedeutung der Lektüre, insbesondere der Kriminalberichterstattung, worauf auch in der Literatur so oft hingewiesen wird (*Aschaffenburg*, *Mönkemöller* u. a.); merkwürdigerweise finden sich auch immer wieder Stimmen, die das bestreiten; ich habe jedenfalls an Hand dieses Falles mich in der Überzeugung bestärkt, daß die Berichterstattung je nach ihrer Artung bei anfälligen und zur Kriminalität disponierten Menschen den letzten Ausschlag geben kann.

Natürlich ist es so, daß eine solche allzusehr ins Einzelne gehende und mit sensationellem Behagen aufgezogene Berichterstattung besonders auf triebgestörte psychopathische Gemüter wirkt, das ist eine alte Erfahrung, rechtfertigt aber keineswegs den früher in gewissen Kreisen beliebten Schluß, daß diese Lektüre unschädlich und daher unbedenklich sei; im Gegenteil: Gerade bei der Bedeutung der Kriminalität und der Psychopathen unter den Kriminellen muß nach Möglichkeit alles vermieden werden, was einen neuen Anreiz zum Verbrechen gibt oder sie auch nur äußerlich anregen könnte. Auch in dieser Beziehung haben sich ja erfreulicherweise die Dinge bei uns gründlich geändert. Bei aller Anerkennung der Bedeutung der Anlage dürfen wir nicht vergessen, daß die innere Bereitschaft eine Entladungs-

möglichkeit sucht, daß die Tat außer Ursachen auch Anreize und einen Anlaß verlangt; auch die allgemeinen Zeitströmungen fördern Verbrechen oder wirken ihnen entgegen. *Fromme* sagte einmal in der Vergangenheit in anderem Zusammenhang richtig, daß es Mode geworden sei, über die Maßen zu reagieren, und gebrauchte das Wort von der Züchtung von Psychopathen durch allzu große Nachsicht reizbaren Menschen gegenüber; auch hierin hat sich ja ein begrüßenswerter Umschwung bemerkbar gemacht.

Ein weiteres zeigt der Fall noch, was ich in meiner vorigen Arbeit bereits angedeutet habe. Für die psychotherapeutische Behandlung ist eine innere Bereitschaft notwendig, der Wille, sich umzustellen, und das Interesse an der Umstellung, was vor allem durch das Leiden an der Krankheit geweckt und unterhalten wird, selbst wenn dieses Leiden an sich eine gewisse lustvolle Betonung hat; in der Kriminalpsychotherapie gehört dazu auch der ausgesprochene Wille zu sühnen, d. h. freiwillig Strafe und Entbehrung für den Rechtsbruch auf sich zu nehmen; sonst ist die Strafe nur eine Aneinanderreihung von unverstandenen Zwangsmaßnahmen, die ihre letzte Wirkung verfehlen. Das gilt auch für pädagogische Bemühungen ganz allgemein. Wie eine solche nichtvorhandene Bereitschaft gegebenenfalls zu erzeugen ist, diese Frage ist der Angelpunkt für jede kriminalpsychotherapeutische Behandlung von sogenannten gesunden Verbrechern, doch ist darüber zur Zeit wissenschaftlich wohl kaum schon etwas zu sagen; der Freiheitsentziehung an sich kommt vielleicht in dieser Beziehung eine gewisse Bedeutung zu, im Sinne etwa eines Mürbemachens, ebenso auch den sonstigen unangenehmen Begleiterscheinungen der Freiheitsstrafe; doch können alle allgemeinen kriminalpolitischen Maßnahmen in gleichem Sinne wirken bezw. ausgewertet werden. Bei allem ist es wichtig, Trotz-Reaktionen zu vermeiden, die ja auch sonst pädagogische und psychotherapeutische Bemühungen so oft durchkreuzen.

Im vorliegenden Falle konnte nur die ganz intensive Beschäftigung mit dem Kranken, die Durchforschung seiner Vergangenheit, eine konsequente, aber zurückhaltende pädagogische Führung all die Schwierigkeiten überwinden, die sich bei dem Kranken trotz seiner inneren Bereitschaft, trotz seines Mitgehens, trotz seines Ringens um Ehrlichkeit, der inneren Umstellung entgegenstemmten.

Die Aussprachen ergaben keine fortlaufende Schilderung des Lebens, sondern sie rührten die Vergangenheit immer wieder von frühester Kindheit an auf, jedesmal unter anderen Leitlinien und mit gewaltiger, immer zunehmender Erschütterung der Gesamt-

persönlichkeit; solche Gesichtspunkte waren Minderwertigkeitsgefühle, Angst, Haß und Neid, Lust und Schuld, die Sexualität in jeder Beziehung, die Unehelichkeit, Mutter und Erziehung, Heimatlosigkeit, Autorität und Freiheit, Mitmenschen, Arbeit und Beruf, kriminelle Regungen aller Art usw. Immer wieder von neuem wurde wie mit Schlaglichtern das ganze Leben des Kranken beleuchtet. Immer wieder, wenn man schon dachte, die Vergangenheit sei nunmehr zur Ruhe gekommen, dann kam bei dem Kranken eine neue Periode der Depression mit höchstem körperlichen und seelischen Unbehagen, mit wilden Träumen, bis endlich ein Traum oder sonst eine Angelegenheit wieder weit in die Vergangenheit zurückwies, und ein neuer Gesichtspunkt Anlaß gab, noch einmal eine Rückschau vorzunehmen. So kam allmählich trotz der immer wiederkehrenden depressiven Attacken doch eine starke Zuversicht über den Kranken, er lernte, sich selbst zu beobachten, Stimmungen und Verstimmungen zu beurteilen und zu zergliedern, gleichzeitig aber auch aus allem Lehren für die Zukunft zu ziehen; und im ganzen gab es so trotz der vielen negativen Phasen doch einen allmählichen Aufstieg. Der Kranke lernte erkennen, daß es nur bei richtiger Betrachtung und Würdigung der Dinge und der Schicksale, auch der eignen inneren Triebe, gelinge, Richtung und Ziele richtig zu sehen und innere Festigkeit, Entschlossenheit und Kraft zu gewinnen.

Sein inneres Verhältnis zu den Mitmenschen, zu den Vorgesetzten, zu Berufskollegen und Kolleginnen glättete sich, auch sein Verhältnis zur Mutter; die Schatten von Kindheit und Jugend zerrannen, seine Affektivität klärte sich, die sexuelle Triebhaftigkeit glich sich mehr und mehr der normalen an, obwohl gerade dies ihn immer wieder neue Anstrengung kostete, da Teiltriebe, perverse Strömungen immer wieder störend dazwischen kamen. Es ist hier nicht der Ort, zu fragen, was an der psychotherapeutischen Behandlung das wirksame Moment gewesen ist, hier genügt es, die Wirkung selbst festzustellen.

Noch vor Abschluß der Behandlung heiratete der Kranke; obwohl er noch nicht ganz ausgeglichen war, konnte man die Zuversicht haben, daß er bei der gesunden Natürlichkeit seiner jungen Frau über die sich ergebenden Schwierigkeiten hinwegkommen würde.

Vermutlich werden auch noch weiterhin bei dem Kranken die alten Verstimmungen, Tendenzen, Triebrichtungen, Neigungen, immer mal wieder anklopfen, doch wirken sie nicht mehr so entmutigend, und vor allem können sie von dem Kranken mit Hilfe der neu gewonnenen gesunden Einstellung überwunden werden. Ganz kampflos wird man das Leben solcher Kranken

sie gestellten können noch wollen. Auch Stekel glaubt nicht an eine vollständige Heilung; jeder Kranke hätte sich irgendwie ein kleines Krankheitssymptom. Es ist ihm nach meiner Erfahrung dann unbedingt beizupflichten. Denn aller psychischen Klärung und Einwirkung bleibt die konstitutionelle biologische Grundlage bestehen, auf der erst die psychische Fehlentwicklung erwachsen konnte.

Und schließlich ist bei aller Behandlung von Neurotikern mit abnormen Trieben und Tendenzen das Ziel, beziehungsweise erreichbar, nicht die Beseitigung des Triebes, sondern eine Ver[illegible], die Bereitung des Bodens, von dem aus die aufkommenden Regungen immer wieder, natürlich im Laufe der Zeit immer leichter, bekämpft und schließlich von vornherein abgewiesen werden können; der kürzlich verstorbene Psychotherapeut *Grotjahn* hat in einer persönlichen Mitteilung an mich die gleiche Ansicht geäußert; das bedeutet eine scharfe Betonung des willensmäßigen Momentes, was die ganze Behandlung wesentlich mitbestimmt; es weist damit gleichzeitig in das Gebiet des Weltanschaulichen und Religiösen, was zu behandeln hier nicht meine Aufgabe ist.

Literatur.

Dr. jur. *A. Böhme:* Heilung sexuell abnorm veranlagter Menschen. In »Die Polizei« 30. Jahrgang, Nr. 5 (1933); ref. in »Bl. f. Strafvollzug«, 23. Jg., H. 5 (1933).

Grotjahn: Der Stammbaum eines Eugenikers. Eugenik 1932.

Heindl: Frühbesprechungen der Kriminalpolizei. Arch. Kriminologie, Bd. 92, H. 1 2 (1933).

Meggendorfer: Über die Behandlung der Sexualverbrecher. Psych.-neurolog. Wschr. 1933 413.

Mönkemöller: Der Fall Hopp. Arch. Kriminologie, Bd. 90, H. 5 6 (1932).

Schultz-Hencke: Ist die Psychoanalyse eine Modetorheit? Nervenarzt 6. Jg. H. 4 (1933); und: Die Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel. In: Göring, Deutsche Seelenheilkunde. 1934.

R. Sommer: Kriminalpsychologie 1904.

Stekel: Störungen des Trieb- und Affektlebens, besonders Bd. VI, Impulshandlungen, 1922.

Többen: Untersuchungsergebnisse an Totschlägern. 1932.

(Aus der Provinzialheilanstalt Eickelborn i. Westf.)

Schulunterricht im Rahmen der Anstaltsbehandlung.

Von

Dr. **Karl Hermkes**, Prov.-Obermedizinalrat i. R.

In der Entwicklung der Psychiatrie haben in den letzten Jahrzehnten neben bezw. auf dem Boden der eigentlichen Forschungsarbeit die somatischen und psychischen Heilmethoden eine wesentliche Förderung erfahren. Während man noch um die Jahrhundertwende solchen Heilmethoden vielerorts zweifelnd gegenüberstand, geht man heute mit mehr Vertrauen an die eigentliche Behandlung der Geisteskranken heran, und es ist besonders der zielbewußten Arbeit *Simons*[1]) zu danken, daß schon rein äußerlich ein großer Teil unserer Irrenanstalten ein anderes, erfreulicheres Bild gewonnen hat, d. h. in Wahrheit »Heilanstalt« geworden ist. Nicht als ob *Simon* eine grundsätzlich neue Behandlung der Geisteskranken erfunden hätte; er erklärt selbst, daß er grundsätzlich Neues der schon vor über 100 Jahren von *Pinel* gewonnenen psychotherapeutischen Erkenntnis nicht hinzufügen könne; aber die Psychotherapie der in den Anstalten untergebrachten Geisteskranken planmäßig zur Wirksamkeit gebracht, dieselbe »aktiviert«, die Kranken so auf eine möglichst hohe Stufe geordneter Lebensführung und ernster Betätigung geführt zu haben, ist sein allgemein anerkanntes Verdienst.

In *Simons* Anschauungen während der Warsteiner Zeit geschult, habe ich mich seit Übernahme der Leitung der Heilanstalt Eickelborn (1911) bemüht, diese Anschauungen auch hier in die Praxis umzusetzen. Besonders günstige Umstände, insbesondere die Möglichkeit, von dem Mutterhause der an unserer Anstalt tätigen barmherzigen Schwestern beruflich ausgebildete Schulschwestern zu erhalten, ferner die enge Verbindung der Anstalt mit einer in Eickelborn im Interesse der Beamtenschaft und der Landbevölkerung errichteten Mittel- (sogenannten Rektorat-) schule legten den Gedanken nahe, unsere Psychotherapie, die ja sehr wesentlich Erziehung der Kranken ist und sich folgerichtig auf dem als Heilpädagogik bezeichneten Zweig der Erziehungs-

---

[1]) *Simon:* Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 87, Bd. 90.

lehre aufbauen muß, durch regelrechte schulmäßige Einrichtungen zu erweitern. Daß schulmäßiger Unterricht ganz der *Simon*schen Behandlungsart entspricht, ergibt sich aus seinen diesbezüglichen Ausführungen; lediglich aus äußeren Gründen konnte in Gütersloh noch nicht damit begonnen werden. Betont sei, daß auch diese Form von Heilpädagogik durchaus nicht neu ist; so sagte schon *Griesinger*[2]), daß der Unterricht in den Irrenanstalten bei vielen Kranken ein brauchbares Mittel zur gesunden Übung der Geisteskräfte sei; *Ilberg*[3]) berichtet, in der Anstalt Sonnenstein habe sich schon seit Jahrzehnten die Tätigkeit des Anstaltslehrers bei Jugendlichen und Erwachsenen bewährt; und dem Tätigkeitsbericht des Anstaltslehrers *Römnich*[4]) ist zu entnehmen, daß in der Anstalt Klingenmünster von jeher ein Lehrer tätig war. In der Anstalt Eickelborn wurde die Schule am 1. 10. 1925 eröffnet. Es kann davon abgesehen werden, an dieser Stelle die Grundlagen sowie Zweck und Ziel heilpädagogischer Maßnahmen allgemein darzustellen; *Simon* hat das ausführlich getan; seinen Ausführungen wird man im wesentlichen zustimmen können. Hier sei nur das kurz umrissen, was insbesondere die Anstaltsschule betrifft.

Aus dem Gesagten ergibt sich schon, daß der Schulunterricht sich organisch in die übrige Behandlung einordnen muß, insbesondere in die allgemeine Psychotherapie, worunter wir mit *Isserlin*[5]) eine planmäßige seelische Beeinflussung zur Beseitigung abnormer oder krankhafter Erscheinungen verstehen; die Schule darf mit anderen Worten keine selbständige, neben anderen Anstaltseinrichtungen bestehende, sie muß vielmehr genau so wie jede andere eine ärztlich geleitete Einrichtung sein. Nicht jeder Arzt, auch nicht jeder Psychiater wird sich für solche Behandlung eignen, ebensowenig jede Lehrkraft; unbedingte Voraussetzung für erfolgreiche Arbeit in der Anstaltsschule sind sowohl auf Seite der Anstaltsleitung und der behandelnden Ärzte wie auf Seite der Lehrkräfte Verständnis für die besonderen Aufgaben dieser Behandlungsart und die persönliche Eignung für deren gemeinsame Durchführung.

Von vorneherein muß man sich darüber klar sein, daß es in der Schule nicht darauf ankommt, den Kranken ein möglichst umfangreiches Wissen beizubringen, sondern darauf, die Kranken

---

[2]) *Griesinger:* Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 5. Aufl., herausgegeben von Löwenstein-Schlegel. Berlin. Hirschwald 1892.

[3]) *Ilberg:* Erfahrungen mit erweiterter Beschäftigungstherapie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 88.

[4]) *Römnich:* Tätigkeitsbericht des Anstaltslehrers. Ref. Psych.-neurol. Wochenschr. 1932.

[5]) *Isserlin:* Psychotherapie. Berlin. Springer. 1926.

Er weiß genau, wenn es jetzt durch die Behandlung nicht besser geworden wäre, wäre die Katastrophe schon eingetreten, weil die letzte Krise für ihn schon zu schlimm gewesen war: »Es wäre bestimmt zur Tat gekommen, dafür war es zu oft durchdacht«. Und doch war es seiner innersten Natur zuwider, weil er sich zutiefst nach Verstehen, Liebe und Glück sehnte.

Darüber hinaus hatte er auch sonst seine Massenmord-, Sexualmord- und Katastrophenphantasien.

Alles in allem ist dieser Kranke ein hervorragendes Beispiel für die polytrope Neigung zu allen möglichen Verbrechen, wenn auch nur verhältnismäßig harmlose Delikte wirklich ausgeführt worden sind. Wir sahen vor allem auch wieder einmal, wie die Vorgeschichte und Entwicklung der kriminellen Neigungen bei dem Kranken bis in die Kindheit zurückgehen. Charakteristisch für unsern Kranken ist sein Leiden und Kleben an der Vergangenheit, von der er sich nicht losmachen konnte, sein Streben, sich hervorzutun, etwas zu leisten; bemerkenswert ist auch, wie dieses Streben sich in der Richtung veränderte, wenn er sich schon sonst nicht öffentlich hervortun konnte, dann wenigstens eine große verbrecherische Leistung zu begehen; allerdings war diese Alternative nicht deutlich bewußt. Wir sehen ferner die große Bedeutung des Milieus und der gesamten von außen kommenden Gestaltung des Lebens, die Bedeutung der Erziehung von der ersten Kindheit an, den Einfluß der Umgebung, des Umgangs, vor allem auch die Bedeutung der Lektüre, insbesondere der Kriminalberichterstattung, worauf auch in der Literatur so oft hingewiesen wird (*Aschaffenburg*, *Mönkemöller* u. a.); merkwürdigerweise finden sich auch immer wieder Stimmen, die das bestreiten; ich habe jedenfalls an Hand dieses Falles mich in der Überzeugung bestärkt, daß die Berichterstattung je nach ihrer Artung bei anfälligen und zur Kriminalität disponierten Menschen den letzten Ausschlag geben kann.

Natürlich ist es so, daß eine solche allzusehr ins Einzelne gehende und mit sensationellem Behagen aufgezogene Berichterstattung besonders auf triebgestörte psychopathische Gemüter wirkt, das ist eine alte Erfahrung, rechtfertigt aber keineswegs den früher in gewissen Kreisen beliebten Schluß, daß diese Lektüre unschädlich und daher unbedenklich sei; im Gegenteil: Gerade bei der Bedeutung der Kriminalität und der Psychopathen unter den Kriminellen muß nach Möglichkeit alles vermieden werden, was einen neuen Anreiz zum Verbrechen gibt oder sie auch nur äußerlich anregen könnte. Auch in dieser Beziehung haben sich ja erfreulicherweise die Dinge bei uns gründlich geändert. Bei aller Anerkennung der Bedeutung der Anlage dürfen wir nicht vergessen, daß die innere Bereitschaft eine Entladungs-

möglichkeit sucht, daß die Tat außer Ursachen auch Anreize und einen Anlaß verlangt; auch die allgemeinen Zeitströmungen fördern Verbrechen oder wirken ihnen entgegen. *Fromme* sagte einmal in der Vergangenheit in anderem Zusammenhang richtig, daß es Mode geworden sei, über die Maßen zu reagieren, und gebrauchte das Wort von der Züchtung von Psychopathen durch allzu große Nachsicht reizbaren Menschen gegenüber; auch hierin hat sich ja ein begrüßenswerter Umschwung bemerkbar gemacht.

Ein weiteres zeigt der Fall noch, was ich in meiner vorigen Arbeit bereits angedeutet habe. Für die psychotherapeutische Behandlung ist eine innere Bereitschaft notwendig, der Wille, sich umzustellen, und das Interesse an der Umstellung, was vor allem durch das Leiden an der Krankheit geweckt und unterhalten wird, selbst wenn dieses Leiden an sich eine gewisse lustvolle Betonung hat; in der Kriminalpsychotherapie gehört dazu auch der ausgesprochene Wille zu sühnen, d. h. freiwillig Strafe und Entbehrung für den Rechtsbruch auf sich zu nehmen; sonst ist die Strafe nur eine Aneinanderreihung von unverstandenen Zwangsmaßnahmen, die ihre letzte Wirkung verfehlen. Das gilt auch für pädagogische Bemühungen ganz allgemein. Wie eine solche nichtvorhandene Bereitschaft gegebenenfalls zu erzeugen ist, diese Frage ist der Angelpunkt für jede kriminalpsychotherapeutische Behandlung von sogenannten gesunden Verbrechern, doch ist darüber zur Zeit wissenschaftlich wohl kaum schon etwas zu sagen; der Freiheitsentziehung an sich kommt vielleicht in dieser Beziehung eine gewisse Bedeutung zu, im Sinne etwa eines Mürbemachens, ebenso auch den sonstigen unangenehmen Begleiterscheinungen der Freiheitsstrafe; doch können alle allgemeinen kriminalpolitischen Maßnahmen in gleichem Sinne wirken bezw. ausgewertet werden. Bei allem ist es wichtig, Trotz-Reaktionen zu vermeiden, die ja auch sonst pädagogische und psychotherapeutische Bemühungen so oft durchkreuzen.

Im vorliegenden Falle konnte nur die ganz intensive Beschäftigung mit dem Kranken, die Durchforschung seiner Vergangenheit, eine konsequente, aber zurückhaltende pädagogische Führung all die Schwierigkeiten überwinden, die sich bei dem Kranken trotz seiner inneren Bereitschaft, trotz seines Mitgehens, trotz seines Ringens um Ehrlichkeit, der inneren Umstellung entgegenstemmten.

Die Aussprachen ergaben keine fortlaufende Schilderung des Lebens, sondern sie rührten die Vergangenheit immer wieder von frühester Kindheit an auf, jedesmal unter anderen Leitlinien und mit gewaltiger, immer zunehmender Erschütterung der Gesamt-

persönlichkeit; solche Gesichtspunkte waren Minderwertigkeitsgefühle, Angst, Haß und Neid, Lust und Schuld, die Sexualität in jeder Beziehung, die Unehelichkeit, Mutter und Erziehung, Heimatlosigkeit, Autorität und Freiheit, Mitmenschen, Arbeit und Beruf, kriminelle Regungen aller Art usw. Immer wieder von neuem wurde wie mit Schlaglichtern das ganze Leben des Kranken beleuchtet. Immer wieder, wenn man schon dachte, die Vergangenheit sei nunmehr zur Ruhe gekommen, dann kam bei dem Kranken eine neue Periode der Depression mit höchstem körperlichen und seelischen Unbehagen, mit wilden Träumen, bis endlich ein Traum oder sonst eine Angelegenheit wieder weit in die Vergangenheit zurückwies, und ein neuer Gesichtspunkt Anlaß gab, noch einmal eine Rückschau vorzunehmen. So kam allmählich trotz der immer wiederkehrenden depressiven Attacken doch eine starke Zuversicht über den Kranken, er lernte, sich selbst zu beobachten, Stimmungen und Verstimmungen zu beurteilen und zu zergliedern, gleichzeitig aber auch aus allem Lehren für die Zukunft zu ziehen; und im ganzen gab es so trotz der vielen negativen Phasen doch einen allmählichen Aufstieg. Der Kranke lernte erkennen, daß es nur bei richtiger Betrachtung und Würdigung der Dinge und der Schicksale, auch der eignen inneren Triebe, gelinge, Richtung und Ziele richtig zu sehen und innere Festigkeit, Entschlossenheit und Kraft zu gewinnen.

Sein inneres Verhältnis zu den Mitmenschen, zu den Vorgesetzten, zu Berufskollegen und Kolleginnen glättete sich, auch sein Verhältnis zur Mutter; die Schatten von Kindheit und Jugend zerrannen, seine Affektivität klärte sich, die sexuelle Triebhaftigkeit glich sich mehr und mehr der normalen an, obwohl gerade dies ihn immer wieder neue Anstrengung kostete, da Teiltriebe, perverse Strömungen immer wieder störend dazwischen kamen. Es ist hier nicht der Ort, zu fragen, was an der psychotherapeutischen Behandlung das wirksame Moment gewesen ist, hier genügt es, die Wirkung selbst festzustellen.

Noch vor Abschluß der Behandlung heiratete der Kranke; obwohl er noch nicht ganz ausgeglichen war, konnte man die Zuversicht haben, daß er bei der gesunden Natürlichkeit seiner jungen Frau über die sich ergebenden Schwierigkeiten hinwegkommen würde.

Vermutlich werden auch noch weiterhin bei dem Kranken die alten Verstimmungen, Tendenzen, Triebrichtungen, Neigungen, immer mal wieder anklopfen, doch wirken sie nicht mehr so entmutigend, und vor allem können sie von dem Kranken mit Hilfe der neu gewonnenen gesunden Einstellung überwunden werden. Ganz kampflos wird man das Leben solcher Kranken

nie gestalten können noch wollen. Auch *Stekel* glaubt nicht an eine vollständige Heilung; jeder Kranke halte sich irgendwie ein kleines Krankheitsreservat. Es ist ihm nach meiner Erfahrung darin unbedingt beizupflichten. Trotz aller psychischen Klärung und Entwicklung bleibt die konstitutionelle biologische Grundlage bestehen, auf der erst die psychische Fehlentwicklung erwachsen konnte.

Und schließlich ist bei aller Behandlung von Neurotikern mit asozialen Trieben und Tendenzen das Ziel, beziehungsweise erreichbar, nicht die Beseitigung des Triebes, sondern eine Verobjektivierung, die Bereitung des Bodens, von dem aus die aufkommenden Regungen immer wieder (natürlich im Laufe der Zeit immer leichter) bekämpft und schließlich von vornherein abgewiesen werden können; der kürzlich verstorbene Psychotherapeut *Groddeck* hat in einer persönlichen Mitteilung an mich die gleiche Ansicht geäußert; das bedeutet eine scharfe Betonung des willensmäßigen Momentes, was die ganze Behandlung wesentlich mitbestimmt; es weist damit gleichzeitig in das Gebiet des Weltanschaulichen und Religiösen, was zu behandeln hier nicht meine Aufgabe ist.

Literatur.

Dr. jur. *A. Böhme:* Heilung sexuell abnorm veranlagter Menschen. In »Die Polizei« 30. Jahrgang, Nr. 5 (1933); ref. in »Der Strafvollzug«, 23. Jg., H. 5 (1933).

Grotjahn: Der Stammbaum eines Eugenikers. Eugenik 1932.

Heindl: Frühbesprechungen der Kriminalpolizei. Arch. Kriminologie, Bd. 92, H. 1/2 (1933).

Meggendorfer: Über die Behandlung der Sexualverbrecher. Psych.-neurolog. Wschr. 1933/413.

Mönkemöller: Der Fall Hopp. Arch. Kriminologie, Bd. 90, H. 5/6 (1932).

Schultz-Hencke: Ist die Psychoanalyse eine Modetorheit? Nervenarzt 6. Jg. H. 4 (1933); und: Die Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel. In: Göring, Deutsche Seelenheilkunde. 1934.

R. Sommer: Kriminalpsychologie 1904.

Stekel: Störungen des Trieb- und Affektlebens, besonders Bd. VI, Impulshandlungen, 1922.

Többen: Untersuchungsergebnisse an Totschlägern. 1932.

(Aus der Provinzialheilanstalt Eickelborn i. Westf.)

Schulunterricht im Rahmen der Anstaltsbehandlung.

Von

Dr. **Karl Hermkes**, Prov.-Obermedizinalrat i. R.

In der Entwicklung der Psychiatrie haben in den letzten Jahrzehnten neben bezw. auf dem Boden der eigentlichen Forschungsarbeit die somatischen und psychischen Heilmethoden eine wesentliche Förderung erfahren. Während man noch um die Jahrhundertwende solchen Heilmethoden vielerorts zweifelnd gegenüberstand, geht man heute mit mehr Vertrauen an die eigentliche Behandlung der Geisteskranken heran, und es ist besonders der zielbewußten Arbeit *Simons*[1]) zu danken, daß schon rein äußerlich ein großer Teil unserer Irrenanstalten ein anderes, erfreulicheres Bild gewonnen hat, d. h. in Wahrheit »Heilanstalt« geworden ist. Nicht als ob *Simon* eine grundsätzlich neue Behandlung der Geisteskranken erfunden hätte; er erklärt selbst, daß er grundsätzlich Neues der schon vor über 100 Jahren von *Pinel* gewonnenen psychotherapeutischen Erkenntnis nicht hinzufügen könne; aber die Psychotherapie der in den Anstalten untergebrachten Geisteskranken planmäßig zur Wirksamkeit gebracht, dieselbe »aktiviert«, die Kranken so auf eine möglichst hohe Stufe geordneter Lebensführung und ernster Betätigung geführt zu haben, ist sein allgemein anerkanntes Verdienst.

In *Simons* Anschauungen während der Warsteiner Zeit geschult, habe ich mich seit Übernahme der Leitung der Heilanstalt Eickelborn (1911) bemüht, diese Anschauungen auch hier in die Praxis umzusetzen. Besonders günstige Umstände, insbesondere die Möglichkeit, von dem Mutterhause der an unserer Anstalt tätigen barmherzigen Schwestern beruflich ausgebildete Schulschwestern zu erhalten, ferner die enge Verbindung der Anstalt mit einer in Eickelborn im Interesse der Beamtenschaft und der Landbevölkerung errichteten Mittel- (sogenannten Rektorat-) schule legten den Gedanken nahe, unsere Psychotherapie, die ja sehr wesentlich Erziehung der Kranken ist und sich folgerichtig auf dem als Heilpädagogik bezeichneten Zweig der Erziehungs-

---

[1]) *Simon:* Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 87, Bd. 90.



lehre aufbauen muß, durch regelrechte schulmäßige Einrichtungen zu erweitern. Daß schulmäßiger Unterricht ganz der *Simon*schen Behandlungsart entspricht, ergibt sich aus seinen diesbezüglichen Ausführungen; lediglich aus äußeren Gründen konnte in Gütersloh noch nicht damit begonnen werden. Betont sei, daß auch diese Form von Heilpädagogik durchaus nicht neu ist; so sagte schon *Griesinger*[2]), daß der Unterricht in den Irrenanstalten bei vielen Kranken ein brauchbares Mittel zur gesunden Übung der Geisteskräfte sei; *Ilberg*[3]) berichtet, in der Anstalt Sonnenstein habe sich schon seit Jahrzehnten die Tätigkeit des Anstaltslehrers bei Jugendlichen und Erwachsenen bewährt; und dem Tätigkeitsbericht des Anstaltslehrers *Römnich*[4]) ist zu entnehmen, daß in der Anstalt Klingenmünster von jeher ein Lehrer tätig war. In der Anstalt Eickelborn wurde die Schule am 1. 10. 1925 eröffnet. Es kann davon abgesehen werden, an dieser Stelle die Grundlagen sowie Zweck und Ziel heilpädagogischer Maßnahmen allgemein darzustellen; *Simon* hat das ausführlich getan; seinen Ausführungen wird man im wesentlichen zustimmen können. Hier sei nur das kurz umrissen, was insbesondere die Anstaltsschule betrifft.

Aus dem Gesagten ergibt sich schon, daß der Schulunterricht sich organisch in die übrige Behandlung einordnen muß, insbesondere in die allgemeine Psychotherapie, worunter wir mit *Isserlin*[5]) eine planmäßige seelische Beeinflussung zur Beseitigung abnormer oder krankhafter Erscheinungen verstehen; die Schule darf mit anderen Worten keine selbständige, neben anderen Anstaltseinrichtungen bestehende, sie muß vielmehr genau so wie jede andere eine ärztlich geleitete Einrichtung sein. Nicht jeder Arzt, auch nicht jeder Psychiater wird sich für solche Behandlung eignen, ebensowenig jede Lehrkraft; unbedingte Voraussetzung für erfolgreiche Arbeit in der Anstaltsschule sind sowohl auf Seite der Anstaltsleitung und der behandelnden Ärzte wie auf Seite der Lehrkräfte Verständnis für die besonderen Aufgaben dieser Behandlungsart und die persönliche Eignung für deren gemeinsame Durchführung.

Von vorneherein muß man sich darüber klar sein, daß es in der Schule nicht darauf ankommt, den Kranken ein möglichst umfangreiches Wissen beizubringen, sondern darauf, die Kranken

---

[2]) *Griesinger:* Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 5. Aufl., herausgegeben von Löwenstein-Schlegel. Berlin. Hirschwald 1892.

[3]) *Ilberg:* Erfahrungen mit erweiterter Beschäftigungstherapie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 88.

[4]) *Römnich:* Tätigkeitsbericht des Anstaltslehrers. Ref. Psych.-neurol. Wochenschr. 1932.

[5]) *Isserlin:* Psychotherapie. Berlin. Springer. 1926.

bestmöglichst zu befähigen, sich auch außerhalb der Anstalt in das Gemeinschaftsleben einzufügen. Ebenso klar ist, daß bei weitem nicht alle Kranken für schulmäßige Beeinflussung in Betracht kommen; wenn auf der einen Seite die Schule nicht mit solchen Kranken belastet werden darf, die schulmäßiger Beeinflussung unzugänglich sind, so hat uns doch die Erfahrung gelehrt, daß man bei der Feststellung dieser Unzulänglichkeit größte Vorsicht walten lassen muß. Auch ist klar, daß zwar für den Unterricht bestimmte Schemata aufgestellt werden müssen, daß aber die große Mannigfaltigkeit der geistigen Erkrankungen und Abnormitäten eine ständige Anpassung des Unterrichtes an die Einzelpersönlichkeit notwendig macht.

Ein großer Teil des das Gemeinschaftsleben störenden Verhaltens der Geisteskranken ist wesentlich instinktiv, beruht auf rein sinnlichem Erkenntnis- und Begriffsvermögen, während Verstand, Intelligenz, geistiges Erkenntnis- und Strebevermögen dabei zum mindesten nur sehr untergeordnet in Betracht kommen. Es sei beispielsweise an den instinktiven Nachahmungstrieb erinnert, dessen hemmungsloses Auswirken manche Irrenanstalt zum Narrenhaus werden ließ. Durch geschickte Anregung des Nachahmungstriebes, durch planmäßige Einprägung neuer Vorstellungs- und Triebassoziationen wird man, wie beim Kinde, selbst bei vielen hochgradig verblödeten Geisteskranken deren instinktmäßiges Verhalten erzieherisch beeinflussen können. Diese, viel Geschick und Geduld erfordernde Form erzieherischer Beeinflussung spielt in der täglichen Behandlung auf unseren Krankenabteilungen eine sehr erhebliche Rolle; sie bildet wie hier, so auch in der Anstaltsschule gewissermaßen den Ausgangspunkt zu den höheren Stufen psychotherapeutischer Arbeit, indem die Kranken fortschreitend durch Anleitung, in der Schule durch Unterricht dahin gebracht werden, neue Vorstellungsassoziationen unmittelbar zu bilden, schließlich selbständig zu denken und entsprechend der verstandesgemäß erworbenen Erkenntnis zu handeln — eine heilpädagogische Arbeit, für die schon im Jahre 1804 der Psychiater *Zeller* (zitiert nach *Kehrer)*[6]) die Formel prägte: »Das Gesunde im Kranken anregen, das Kranke unterdrücken.«

Um dem Geisteszustande der verschiedenen Kranken möglichst gerecht zu werden, wurden in unserer Schule drei Klassen eingerichtet, eine Anfänger-, Mittel- und Oberklasse, und in jeder Klasse zwei Gruppen, eine, welche über die betreffende Stufe hinausgefördert werden kann, und eine, welche in derselben ihren

---

[6]) *Kehrer:* Psychotherapie und Psychiatrie. Bericht über den 1. allg. ärztl. Kongreß für Psychotherapie. Halle. Marhold. 1927.

Bildungsabschluß findet. In der Anfänger- und Mittelklasse werden männliche und weibliche Kranke gemeinsam, in der Oberklasse getrennt unterrichtet.

In der Anfängerklasse befinden sich fast ausschließlich angeboren Schwachsinnige erheblichen Grades, die zum Teil die Volks- oder Hilfsschule ohne jeden oder nur mit sehr geringem Erfolg besucht haben. Hier steht zunächst das rein erziehliche Moment, die Gewöhnung an Beschäftigung, Ordnung, Sauberkeit und Wohlanständigkeit im Vordergrunde, dann kommen Sprechübungen, Artikulationsübungen, alltägliche Redensarten, kurze Liedertexte und Merksätzchen usw. an die Reihe, wobei Lautbilder und für diese Übungen angefertigte Sprechbilder als Assoziationshilfen benutzt werden. Weiterhin auf dieser Stufe einfacher Sach- und Umgebungsunterricht (Wetter, Jahreszeit, Garten, Wald usw.), ferner Schreiblesen und Schreibübungen, endlich ausgehend von einfachen Sinnesübungen (Beobachtung von Mengen und Mengenänderungen) und Tätigkeitsübungen (optisches und taktiles Fixieren von Zahlengrößen) Rechenübungen usw. Die wöchentliche Unterrichtszeit beträgt 9 Stunden.

In der Mittelklasse, in der neben angeboren Schwachsinnigen auch Psychopathen, Epileptiker, Schizophrene u. a. unterrichtet werden, sollen die vorhandenen Kenntnisse planmäßig aufgefrischt, erweitert und vertieft werden. Heimatkundlicher Anschauungsunterricht, Lesen, Schreiben (Abschreiben von Übungsstücken, Aufsuchen der Ding-, Tu- und Wie-Wörter, kurze Diktate usw.), Rechnen im Zahlenraum von 1—100, Handarbeit (Stricken, Häkeln, Fröbelarbeiten) sind die wesentlichen Fächer. Die wöchentliche Unterrichtszeit beträgt 28 Stunden.

In der Oberklasse werden im Deutschen die Lesefertigkeit bis zum verständigen Zeitungslesen und die Schreibfähigkeit bis zur fertigen Niederschrift gefördert. Im Rechnen werden die Grundrechnungsarten im unbegrenzten Zahlenraum, unsere Münzen, Maße und Gewichte und die dazu erforderliche Einführung in die Dezimal- und gewöhnliche Bruchrechnung behandelt. Im erdkundlichen Unterricht werden im Anschluß an die Heimatkunde Grundbegriffe erarbeitet; den Abschluß bilden die Geographie Deutschlands und seine wirtschaftlichen Beziehungen zu anderen Ländern. Der naturkundliche Unterricht umfaßt Besprechungen von Tieren und Pflanzen der Umgebung sowie deren Bedeutung für den Menschen. Besonderer Wert wird in dieser Klasse auf Lebenskunde und Wirtschaftslehre gelegt. Die wöchentliche Unterrichtszeit beträgt 20 Stunden.

Neben diesen kurz skizzierten Lehrplänen erhalten die Kranken nach Konfessionen getrennt durch die Anstaltsgeistlichen allwöchentlich Religionsunterricht; gerade die auf religiöse

Grundsätze und Motive aufgebaute Heilpädagogik hat sich als ein besonders wertvoller Bestandteil unserer Krankenbehandlung erwiesen — vorausgesetzt natürlich, daß sich dieser Unterricht der seelischen Struktur der Kranken anpaßt und mit der übrigen Krankenbehandlung eine organische Einheit bildet. Wir haben immer wieder erfahren, daß selbst solche Kranke, die draußen religiösen Dingen gleichgültig oder ablehnend gegenüberstanden, verständiger seelsorgerischer Führung oft durchaus zugänglich sind und gerade auf diesem Wege lernen, sich in eine vom sittlichen Willen ausgebaute Ordnung einzufügen und die Spannung zwischen der Einzelpersönlichkeit und ihrer Eingliederung in ein höheres Ganzes auszugleichen.

Außer den genannten drei, nach dem Vorbild der Volks- bezw. Hilfsschule aufgebauten Klassen, haben wir noch für männliche und weibliche Kranke je eine Fortbildungsklasse eingerichtet, in welcher neben der Auffrischung der gewöhnlichen Schul- und Allgemeinkenntnisse Charakterbildung, Staatsbürger-, Berufs- und Lebenskunde im Vordergrunde stehen. Kommt es schon in den anderen Klassen nicht in erster Linie auf ein möglichst umfangreiches Wissen an, so erst recht nicht in der Fortbildungsklasse. Hier soll sich der Kranke nach der in der Werkstatt, in der Landwirtschaft oder sonstwo im Anstaltsbetriebe getanen Tagesarbeit wöchentlich ein- oder zweimal in einer Abendstunde geistig sammeln, soll sich klar werden über seine Stellung im Leben, welche Aufgaben und Pflichten er erfüllen kann und muß, wie er schließlich außerhalb der Anstalt in Beruf, Familie und Staat bestehen kann.

Wie in jedem Schulbetriebe üblich, legen auch wir in allen Klassen den Leibesübungen, dem Sport großen Wert bei. Im Sommer auf der Sportwiese, im Winter im geschlossenen Saale finden, bei den Männern unter Leitung sachgemäß angelernter Pfleger, bei den Frauen unter Leitung einer ausgebildeten Schwester, wöchentlich in 1—2 Abendstunden gymnastische und turnerische, in der Hauptsache Freiübungen und Spiele statt. Aus Zweckmäßigkeitsgründen, aber auch zur Hebung der Stimmung und des Interesses werden dabei Turnanzüge angelegt. Auch hier werden nicht Spitzenleistungen, sondern Pflege des Gemeinschaftssinnes, der Kameradschaft, körperliche Ertüchtigung, Stärkung der Willenskraft, Wecken der Lebensfreude angestrebt. Eine wertvolle Bereicherung erfuhr diese Sportpflege durch ein auf dem Anstaltsgelände errichtetes, 50 m langes, 12 m breites und 0,60 bis 3 m tiefes, neuzeitliches Schwimmbad, welches den Kranken unter Leitung eines Schwimmeisters zu bestimmten Stunden, getrennt nach Geschlechtern, zur Verfügung steht.

Erwähnt sei endlich, daß wir für die Kranken auch be-

sondere Gesangstunden eingerichtet haben, in welchen das Volks- und Kirchenlied gepflegt wird, daß wir in loserem Zusammenhang mit der Schule Filmvorführungen und Vorträge zur Belehrung und Unterhaltung der Kranken veranstalten, daß wir kleinere und größere Bühnenwerke — gelegentlich unter Leitung eines Berufskünstlers — von Kranken öffentlich spielen ließen, wie ich das bereits an anderer Stelle dargelegt habe [7]).

In den ersten sieben Jahren wurden in der Anfänger-, Mittel- und Oberklasse der Anstaltsschule insgesamt 244 und zwar 77 männliche und 167 weibliche Kranke im Alter bis zu 36 Jahren unterrichtet. Unter diesen befanden sich 109 angeboren Schwachsinnige (46 m., 63 w.), 60 psychopathische Persönlichkeiten (15 m., 45 w.), 53 Schizophrene (9 m., 44 w.), 18 Epileptiker (5 m., 13 w.), 4 Enzephalitiker (2 m., 2 w.). Entlassen wurden von diesen aus der Schule: 62 angeboren Schwachsinnige (26 m., 36 w.), davon nach Hause 26 (12 m., 14 w.), in Familienpflege 3 (w.), die übrigen in andere Anstaltsbetriebe (6 in andere Anstalten) — 52 psychopathische Persönlichkeiten (13 m., 39 w.), davon nach Hause 35 (8 m., 27 w.), die übrigen in andere Anstaltsbetriebe (6 in andere Anstalten) — 34 Schizophrene (4 m., 30 w.), davon nach Hause 20 (1 m., 19 w.), die übrigen in andere Anstaltsbetriebe (5 in andere Anstalten) — 6 Epileptiker (1 m., 5 w.), davon 1 (w.) nach Hause, die übrigen in andere Anstaltsbetriebe (1 in eine andere Anstalt). Von den 4 Enzephalitikern konnte 1 (w.) nach Hause entlassen werden.

Die Dauer des Schulbesuches ist natürlich sehr verschieden. Während bei den 62 angeboren Schwachsinnigen nur 7 kürzer als 1 Jahr, die meisten mehrere Jahre und einzelne über 5 Jahre die Schule besuchten, betrug die Dauer von den 52 psychopathischen Persönlichkeiten nur bei 9 länger als 1 Jahr. Von den 34 entlassenen Schizophrenen hatten 11 die Schule über 1 bis zu 3 Jahren, 1 w. 5 Jahre, die übrigen unter 1 Jahr, in der Mehrzahl 3—6 Monate besucht. Die 6 Epileptiker waren 3—18 Monate in der Schule. Die Fortbildungsklasse, in der, wie erwähnt, in der Hauptsache in anderen Anstaltsbetrieben beschäftigte Kranken unterrichtet werden, weist einen stärkeren Wechsel auf und ist durchschnittlich von je 25 m. und w. Kranken besucht.

Wenn wir einen Blick auf die Erfahrungen werfen wollen, welche wir bei den einzelnen Formen geistiger Erkrankung bezw. Abnormität in der Schule machten, so erkannten wir immer wieder, wie ungünstig sich bei den vielen angeboren Schwachsinnigen der Mangel einer ihrer Eigenart entsprechenden Schul-

---

[7]) *Hermkes:* Die neuzeitliche Anstaltsbehandlung der Geisteskranken, dargestellt in einem Film. Zeitschr. f. psych. Hygiene. Bd. 3.

bildung auswirkt, daß dieser Mangel aber auch noch im späteren Lebensalter weitgehend ausgeglichen werden kann.

Ein Beispiel:

Agnes A.; beide Eltern Trinker; im 9. Lebensjahr Geschlechtsverkehr mit einem Kostgänger; völliges Versagen in der Schule; mit 13 Jahren Fürsorgeerziehung: Bettnässerin, sehr unsauber, frech, betrügerisch, lernt nichts, jeder erziehlichen Beeinflussung unzugänglich; mit 16 Jahren in die Anstalt Eickelborn; leichte Mikrokephalie, sehr geringe Kenntnisse (versagt schon bei 5×2); Lesen, Schreiben, Vorstellungsentwicklung und Vorstellungsdifferenzierung äußerst mangelhaft; bald ruhig und äußerlich geordnet, bald reizbar mit Neigung zu kritiklosem Schimpfen, im ganzen albern mit erotischer Färbung. Schon im gewöhnlichen Anstaltsbetriebe gelang es bald, die Kranke durch zielbewußte Führung zu gleichmäßig-geordnetem Verhalten und regelmäßiger Beschäftigung anzuleiten. In der Schule faßt sie zunächst sehr schwer auf, konnte sich nicht konzentrieren, war sehr vergeßlich. Ganz langsam besserte sich das, wobei ihr guter Wille und ihr stets gleichbleibender Fleiß den Fortschritt wesentlich förderten. In mehrjährigem Unterrichte wurde sie dahin gebracht, daß sie heute einfache Rechenaufgaben fehlerfrei löst, einfache Lesestücke sinngemäß erfaßt, in schöner, regelmäßiger Handschrift fehlerfrei schreibt, Hand-, insbesondere Strickarbeiten macht usw. Ihr gesamtes Verhalten kann als musterhaft bezeichnet werden. Die sehr ungünstigen Verhältnisse im Elternhause lassen die an sich unbedenkliche Entlassung dorthin leider nicht zu; eine anderweitige Unterbringungsmöglichkeit hat sich noch nicht gefunden.

Dieser wie zahlreiche andere Fälle unserer Schule zeigen, daß, wie in gewissem Grade auch bei Normalen, so erst recht bei angeboren Schwachsinnigen der Erfolg des Schulunterrichtes sehr wesentlich davon abhängt, daß er organisch in die Gesamterziehung eingebaut und Schritt für Schritt der geistigen Lage des Schülers angepaßt wird. Nur so ist es möglich, die für den geistigen Fortschritt notwendigen Assoziationen und Komplexe zu schaffen. Es ist daher zwecklos, einen angeboren Schwachsinnigen mit seinen intellektuellen und ethischen Mängeln in den Rahmen einer normalen Volksschule einzuspannen, zumal, wenn im Elternhause, wie im Falle Agnes A., alle Erziehungsmöglichkeiten fehlen. Auf der anderen Seite bieten selbst erhebliche Grade angeborenen Schwachsinns auch noch im fortgeschrittenen Lebensalter, vielleicht infolge einer gewissen »Spätreife« (dann sogar günstigere) Aussichten auf eine mehr oder weniger weitgehende intellektuelle, ethische und soziale Ausbildung, bei welcher schulmäßiger Unterricht wertvolle Dienste leisten kann.

Schwieriger als bei den angeboren Schwachsinnigen gestaltet sich die Erziehungsarbeit bei den psychopathischen Persönlichkeiten, die uns in verhältnismäßig großer Zahl in allen Lebensaltern aus der Freiheit, aus Erziehungs-, aus Strafanstalten zugeführt werden, Psychopathen mit schwersten gemeingefährlichen Neigungen und solche mit ganz oder einigermaßen einwandfreier

Lebensführung, Psychopathen, die intellektuell sogar über dem Durchschnitt stehen und solche, die schon als debil bezeichnet werden müssen. Daß bei dieser großen Verschiedenheit der gesamten seelischen Struktur auch die Behandlung eine sehr verschiedenartige sein muß, bedarf keiner weiteren Ausführung. Gerade die Behandlung der Psychopathen setzt Menschenkenntnis, aber auch Menschenliebe gepaart mit Energie voraus. Immer wieder fiel es uns auf, daß sich in unserer Anstalt selbst solche Psychopathen der erziehlichen Behandlung zugänglich erwiesen, bei denen alle bisherigen Versuche fehlgeschlagen waren, daß selbst solche bis zur Entlassungsfähigkeit gefördert werden konnten. Vielleicht ist das wesentlich darauf zurückzuführen, daß wir auf der einen Seite der geistigen Abnormität der Psychopathen voll Rechnung tragen; der Psychopath muß selbst das Gefühl haben, daß man seiner Eigenart Verständnis entgegenbringt; nur so kann er Vertrauen gewinnen; auf der anderen Seite aber muß er wissen, daß seine Eigenart ihn nicht zu egozentrischer Einstellung berechtigt, daß er sich in die soziale Gemeinschaft einfügen muß, daß er für sein Tun und Lassen verantwortlich ist. Diesen Gesichtspunkten wird sicher auch in anderen Erziehungsanstalten Rechnung getragen; aber vielleicht begründet doch gerade der Aufenthalt in einer Heilanstalt, in welcher für die Behandlung an erster Stelle ärztliche Gesichtspunkte maßgebend sind, in den Psychopathen die Überzeugung, daß ihre abnorme Veranlagung gebührende Beachtung findet und läßt sie den Widerstand gegen die nicht immer angenehmen erziehlichen Maßnahmen eher überwinden. Gerade zur Stärkung dieses Bewußtseins, sich in ärztlicher Behandlung zu befinden, pflegen wir auch von körperlichen Behandlungen wie Kräftigung der körperlichen Konstitution durch Arsenkuren, Höhensonnenbestrahlungen und dergleichen Gebrauch zu machen. Im Vordergrunde steht natürlich die Psychotherapie, in deren Rahmen sich der schulmäßige Unterricht mit der Gewöhnung an geordnete Gedankenarbeit, an volle Ausnutzung der geistigen Leistungsfähigkeit, an diszipliniertes Verhalten, an straffe Einfügung in eine Gemeinschaft, an Unterordnung und Kameradschaft für viele Psychopathen als wertvolles Heilmittel bewährt hat.

Auch hier ein Beispiel:

Käthe B., 19 Jahre, verstorbener Vater 30 Jahre älter als die noch lebende Mutter, von früher Kindheit an sehr verwöhnt; in der Schule bei durchschnittlicher Verstandesbegabung faul, störte den Unterricht, ließ sich nichts sagen, tyrannisierte ihre Mutter, blieb morgens im Bett, schloß sich der kommunistischen Jugendbewegung an, unterhielt mit einer Freundin ein Liebesverhältnis, onanierte stark; angeblich sonst keine sexuellen Verkehrtheiten; die Bemühungen der großstädtischen Psychopathenfürsorge blieben

erfolglos; wegen dauernder Steigerung der psychogenen Reaktionen Aufnahme in die hiesige Anstalt; außergewöhnlich starke Geltungssucht; Weinkrämpfe und dergleichen; als sie erkannte, daß das alles hier keinen Eindruck machte, freundlich, höflich und fügsam; Behandlung der vorhandenen Bleichsucht; in der Anstaltsschule äußerst lebhaft, phantasiereich, »leidet am Leben«; allmählich gleichmäßig, arbeitet still, ausdauernd, lernt leicht, sehr handgeschickt, findet Lebensmut und Lebensfreude, fügt sich tadellos ein; nach 3monatlicher Behandlung aus der Anstalt entlassen; der Erfolg hat standgehalten; geht regelmäßiger Beschäftigung nach; gelegentliche, weniger bedenkliche Entgleisungen wurden gleich wieder ausgeglichen.

Bei der immer größeren Bedeutung, welche die fortschreitende Erforschung der Pathologie der schizophrenen Erkrankungen dem Psychogenen zugewiesen hat, ergeben sich auch hier dankbare psychotherapeutische Aufgaben, und wir haben diese ganz im Ausbau der *Simon*schen Behandlungsart auch in unserer Schule zu lösen gesucht. Die eigenartige Verquickung von Physiogenem und Psychogenem, wie sie uns namentlich *Bleuler*[8]) lehrte, setzt unseren Bemühungen Grenzen; andererseits dürfte es durchaus nicht ausgeschlossen sein, bis zu einem gewissen Grade auch physiogene Krankheitserscheinungen psychotherapeutisch zu beeinflussen, beispielsweise physisch bedingte schizophrene Assoziationsstörungen durch Anbahnung gesunder Assoziationen unwirksam zu machen. Die Erfolg versprechende Durchführung einer solchen psychotherapeutischen Beeinflussung erfordert naturgemäß besonderes Geschick, besondere Anpassung an die Einzelpersönlichkeit; nach unseren Erfahrungen erscheint gerade für diese Aufgabe die Schule in manchen Fällen recht geeignet.

Therese C., 22 Jahre alt, körperlich und geistig normal entwickelt; einige Monate vor der Aufnahme in die Anstalt schleichender Beginn der Krankheit: Müdigkeit, Arbeitsunlust, gedrückte Stimmung, allmähliche Entwicklung von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen; findet sich nicht mehr zurecht, schließt sich ab. In der Anstalt stark maniriert; spricht fortgesetzt in ganz zerfahrener Weise von ihren Vorstellungen; namentlich nachts sehr unruhig und störend — »oft meine ich, ich müßte ersticken; dann ist es mir, als halte mir jemand ein Tuch vor die Augen, oder ich hatte den ganzen Kopf voll Wasser, ich wurde ganz anders, das Gesicht schwoll an, die Augen waren mal blau, grau, der Arzt wollte mich vergiften, ich höre die Stimme des Arztes, der Leute auf der Straße, ich werde hypnotisiert, mein ganzes Leben ist ein Traum und ich selbst auch, ich komme mir vor als Hund, als Pferd, als Satan.« — Intelligenz normal; fügt sich bald in den Abteilungsbetrieb ein, beschäftigt sich etwas mit Hausarbeit, aber sonst keine Beziehung zur Umwelt; nach vier Wochen in die Schule; dort zuerst still und verschlossen, zeigt wenig Interesse, hat für

[8]) *Bleuler:* Zur Unterscheidung des Physiogenen und des Psychogenen bei der Schizophrenie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 84.

die Vorgänge im Unterricht nur ein geringschätzendes Lächeln; auf Fragen zuckt sie die Achsel und antwortet nicht; aufgefordert, eine kleine Niederschrift anzufertigen, bringt sie nach einigen Minuten das Heft zurück mit dem Bemerken: »Ich mache die Arbeit nicht mit, sie wollen nur meine Gedanken lesen.« Allmähliche Einfügung; gewinnt Interesse, zeigt Vorliebe für Religion und Lebenskunde, macht tadellose Aufsätze, leitet die schwächeren Kranken an, erklärt schließlich: »Das sind die schönsten Stunden in der Woche; aus denen nehme ich manche gute Gedanken mit nach Hause.« Auch auf der Abteilung dauernd ruhig und geordnet, spricht gar nicht mehr von ihren Sinnestäuschungen, sagt dem Arzt, ihr früheres Verhalten komme ihr komisch vor, sie habe aber nicht anders gekonnt. Nach $^1/_2$ jähriger Behandlung nach Hause entlassen, wo sie sich seitdem gut hält.

Daß die in diesem Falle aufgetretenen Symptome zum großen Teil physiogen waren, insbesondere die Assoziationserscheinungen, die Körperhalluzinationen, kann wohl nicht bezweifelt werden, ebensowenig aber, daß in dem ganzen Zustande sowohl wie in den Einzelsymptomen sehr viel Psychogenes steckte. Und gerade dieser Umstand ermöglichte offenbar die erfolgreiche psychotherapeutische Beeinflussung. Es mag sein, daß der gleiche Erfolg auch auf anderem Wege hätte erzielt werden können; aber der schon äußerlich streng geregelte Schulbetrieb, die Notwendigkeit, sich als Glied einem solchen Organismus einzufügen, vor allem die ständige Anleitung, die vorhandenen nicht nur körperlichen, sondern auch geistigen Fähigkeiten in geordneter Weise auszuwerten, scheinen mir ein besonders gutes Mittel zu sein, in manchen Fällen die rein psychogenen Reaktionen der Schizophrenie zu überwinden, darüber hinaus aber auch Fehler auszugleichen, die neben der psychischen auch eine physische Wurzel haben, und zwar so, daß auf psychischem Wege an sich vielleicht unheilbare organische Störungen kompensiert werden, wie das oben bereits angedeutet wurde; wie sich eine solche psychotherapeutische Beeinflussung des Physischen im Organismus abspielt, ob und inwieweit dabei eine Umstimmung des neurovegetativen Apparates in Frage kommt (vergl. *Kehrer* a. a. O.), darüber kann man einstweilen nur Vermutungen haben.

Auch bei einzelnen genuinen Epileptikern war der günstige Einfluß der Schule auf manche psychische Störungen, insbesondere auf die Schwerfälligkeit und Einförmigkeit im Denken sowie auf die Gefühlsreaktionen unverkennbar; bei der Mehrzahl machten sich allerdings die im Charakter der Epileptiker besonders stark verankerte schlechte Anpassungsfähigkeit und geringe Beeinflußbarkeit geltend.

Unter den vier Enzephalitikern handelt es sich bei zwei um schwerste, offenbar organisch bedingte Charakterveränderungen mit absolut unsozialem Verhalten, die jeder nachhaltigen psycho-

therapeutischen Beeinflussung unzugänglich blieben, während bei zwei anderen der organische Defekt offenbar geringer, die charakterologische Abnormität dementsprechend weniger stark war und psychotherapeutisch gebessert werden konnte.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß ein nach ärztlichen und pädagogischen Grundsätzen aufgebauter Schulunterricht in der Behandlung zahlreicher Geisteskranker wertvolle Dienste leistet, wertvoll deshalb, weil er in besonderer Weise geeignet ist, die Kranken zu geregelter körperlicher und geistiger Betätigung anzuleiten und sie zu geordnetem Gemeinschaftsleben auch außerhalb der Anstalt zu befähigen; er kann das aber nur unter der Voraussetzung, daß er planmäßig in die übrige körperliche und psychische Anstaltsbehandlung eingefügt wird.

Aus der Nervenheilanstalt Zepernick b. Berlin. (Leitender Arzt: Dr. med. et phil. G. *Giehm*.)

Die moderne medikamentöse Behandlung der Nervenkrankheiten.

Von

Gerhardt Giehm.

Inhaltsübersicht:

X. Die Therapie der Rückenmarkstumoren.

XI. Die Therapie der luetischen Krankheiten des Zentralnervensystems

1. Progressive Paralyse
2. Tabes dorsalis
3. Taboparalyse
4. Lues cerebrospinalis.

XII. Die Therapie der Arteriosklerose des Zentralnervensystems.

XIII. Die Therapie der Encephalorrhagie und Encephalomalacie.

XIV. Die Therapie der von den Meningen ausgehenden Krankheiten

1. Meningitis purulenta
2. Meningitis cerebrospinalis epidemica
3. Meningitis tuberculosa
4. Meningitis serosa.

XV. Die Therapie der Erkrankungen des Gehirns

1. Der Hirntumor
2. Zerebrale Kinderlähmung
3. Encephalitis epidemica.

XVI. Die Therapie der spinalen Kinderlähmung.

XVII. Die Therapie des Hydrocephalus.

XVIII. Die Therapie der endokrinen Störungen

1. Morbus Basedowii
2. Das Myxoedem
3. Morbus Addisoni und Nebenniereninsuffizienz
4. Die Akromegalie
5. Degeneratio adiposo-genitalis (Frölichsche Krankheit).

XIX. Die Therapie der »vasomotorisch-trophischen Neurosen«.

1. Akroparästhesie
2. Raynaudsche Krankheit
3. Die Sklerodermie
4. Der neurotische Hydrops
5. Herpes zoster.

XX. Die Therapie der Migräne.

XXI. Die Therapie der Epilepsie.

XXII. Die Therapie bei Menièrschem Symptomenkomplex.

XXIII. Die Therapie der Neurasthenie

1. Erworbene Neurasthenie
2. Traumatische Neurasthenie
3. Konstitutionelle Neurasthenie.

I. Einleitung.

Seit dem Ausgang des großen Krieges hat die medizinische Forschung dem Therapeuten eine Reihe von neuen Mitteln, die den Kampf gegen bestimmte Krankheiten erfolgreicher zu gestalten vermochten, an die Hand gegeben. Man denke z. B. an die Einführung der Insulinbehandlung, an die großen Erfolge der Lebertherapie, an die Spirobismolbehandlung der Framboesie, an die Atebrin-Plasmochintherapie der Malaria und schließlich an die revolutionärste Tat in der modernen Medizin: Die Fiebertherapie. Das sind Marksteine in der Geschichte der Krankheitsbekämpfung. Es wurden wichtige Beobachtungen gemacht und neue wirksame Behandlungsmethoden entwickelt. Diese großen therapeutischen Fortschritte kamen auch der Neurologie zugute. Der Vorrang gebührt zweifellos der Neuroluestherapie mit Infektionskrankheiten (Malaria, Rekurrens, Sodoku) einschließlich den unspezifisch-spezifischen Behandlungsmethoden. Von anderen therapeutischen Methoden sei u. a. auf die Serumtherapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica, auf die Schwefeltherapie der tabischen Schmerzen, auf die Organotherapie der endokrinen Störungen und auf die erfolgreiche Bekämpfung bestimmter Epilepsieformen hingewiesen. Es sind in den letzten Jahren zweifellos beachtenswerte Erfolge in der Behandlung der Nervenkrankheiten erzielt worden. Und trotzdem: wie gering erscheint das gegenüber alldem, was sich noch immer unserem therapeutischen Zugriff entzieht? Wenn ich nun die moderne medikamentöse Therapie der Nervenkrankheiten bespreche, so tue ich es nicht in der Absicht, um ein lückenloses Sammelreferat vorzulegen, sondern um den heutigen Stand dieser Therapie und ihrer Erfolge aufzuzeigen. Bei der Auswahl der Mittel und der Berücksichtigung der einzelnen Methoden waren vor allem praktische Gesichtspunkte maßgebend. Bezweckt doch die vorliegende Besprechung in erster Linie, den Therapeuten über die aktuelle Situation in der modernen Chemo- und Organotherapie der Nervenkrankheiten kurz zu orientieren.

II. Die Therapie der Krankheiten peripherer Nerven.

1. Die Neuralgien.

Man kann drei Formen von Neuralgie unterscheiden: die symptomatische (1), die idiopathische (2) und die psychogene (3). Bei der symptomatischen Form wird das Grundleiden behandelt. So z. B. bei Diabetes mit Diät und Insulin, bei Malaria mit Chinin, bei Anämie und Kachexie mit Eisen, Arsen usw. Bei der idiopathischen Neuralgie (bei der weder eine ursächliche Erkrankung noch sonst ein pathologischer Befund außer den

Schmerzanfällen nachzuweisen ist) verordnet man zuerst antirheumatische Behandlung: Salizylate bzw. Chinolinderivate (Aspirin, Natr. salycilicum, Salipyrin, Atophan usw.) in Verbindung mit Pyramidon oder Phenazetin. Die chronische Neuralgie muß man durch eine Reizkörpertherapie »aktivieren«, um sie therapeutisch besser angreifbar zu machen. Man gibt Vakzineurininjektionen oder auch Terpentinderivate, wie z. B. das Olobinthin. Wichtig bleibt naturgemäß die kausale Behandlung. Längere Anwendung von Opiumalkaloiden ist unbedingt zu verwerfen. Man kommt mit den Anlageticis, Cibalgin, Veramon, Tachalgan, Quadronal meist aus. Wenn die Medikamente versagen, bleibt das Injektionsverfahren übrig. Neben den Novokainlösungen, kann ich vor allem die Impletolinjektionen warm empfehlen. Gerade bei den hartnäckigeren Fällen konnte ich nach einer Reizkörpertherapie (Vakzineurin, Aolan, Omnadin, Xifalmilch, Caseosan) mit Impletolinjektionen gute Behandlungsergebnisse erzielen. Bei den psychogenen Formen der Neuralgie ist möglichst von einer medikamentösen Behandlung abzusehen. Die leichteren Fälle der idiopathischen Trigeminusneuralgie empfiehlt es sich (nach dem Versagen der üblichen Antineuralgica) mit Aconit. nitr. 0,05/25,0 10mal 1 Tropfen steigend bis maximal 8 Tropfen pro dosi zu behandeln. Akonitin lindert recht gut den Schmerz, erzeugt aber manchmal Erbrechen und Schwindelgefühl. Bei mittelschweren Fällen: Wenn nach 1—2 Monaten kein Erfolg, dann Impletol- bzw. Alkoholinjektionen. Nach vorheriger Novokainblockade injiziert man 1—2 ccm 80% Alkohols. Bei schweren Fällen verwendet man die zentral angreifenden Methoden und zwar Alkoholinjektionen in das Ganglion Gasseri. Die Ganglioninjektion erfordert Erfahrung und Geschick. Nach Novokainanästhesie darf nur höchstens $^1/_2$—1 ccm Alkohol langsam injiziert werden. Undankbar sind die atypischen Gesichtsneuralgien. So die Neuralgie des Ganglion sphenopalatinum. Auch hier ist eine Alkoholinjektion zu empfehlen. Die Okzipital- und Brachialneuralgien sind meist symptomatisch. Ebenso die Intercostalneuralgien, bei denen man nach dem Grundleiden fahnden muß (Erkrankungen der Wirbelsäule, des Rückenmarks, der Pleura, abdominale Leiden). Läßt sich nichts sicheres ermitteln, so ist es zweckmäßig, paravertebrale Impletol- bzw. Novokaininjektionen vorzunehmen.

Bei der Ischias ist zunächst, nach eingehender Untersuchung, die symptomatische Form auszuschließen (Grundleiden behandeln!) und die frischen Fälle der idiopathischen Form neben lokal hyperämisierenden Mitteln (Solluxlampe, Analgit, 10% Senföl) und Schwitzprozeduren mit Cibalgin, Veramon,

Quadronal zu behandeln. Auch bei der chronischen Ischias empfiehlt es sich, eine Reizkörpertherapie (Vaccineurin) durchzuführen. Oder man injiziert an der schmerzhaften Stelle auf den Nerven auf einmal: Antipyrin 4,0, Novokain 0,05 Aq. dest. 10,0 steril z. Injekt. Auch kann man 5 ccm einer 1% Tutokainlösung auf den Nerven injizieren. Oder man spritzt 1 ccm Novalgin direkt auf den Nerven. Wenn damit keine Besserung zu erzielen ist, so kommen noch folgende Injektionsmethoden in Betracht: die epidurale Injektion in den Hiatus sacralis (1) 80 ccm einer 0,5% Novokainlösung oder physiologischer Kochsalzlösung oder die intraneurale Injektion (2) 50—80 ccm einer isotonischen 0,5% Novokain-Kochsalzlösung in den Ischiadikusstamm. Auch eine Ponndorfimpfung ist zu empfehlen.

Man hat auch angenommen, daß sich die Neuralgie auf dem Boden einer »spasmophilen« Konstitution entwickle und als eine Folge der Dysfunktion der Nebenschilddrüse, deren Hormon die Blutgefäße erweitert und den Blutkalkspiegel erhöht, aufgefaßt werden müsse. Es handle sich oft um blasse Menschen mit kühlen, livіden feuchten Händen, schlechter Muskulatur und elektrischer Übererregbarkeit. Durch Verabreichung von Nebenschilddrüse in Verbindung mit hohen Kalkdosen ließ sich nicht selten eine Besserung auch von schweren Neuralgien, so bei der Ischias und der Trigeminusneuralgie, erzielen. Ich hatte Gelegenheit, diese Annahme bei einer Reihe von Fällen nachzuprüfen, und kann nur den günstigen Einfluß des Kalks und der Nebenschilddrüse auf die Neuralgien bestätigen. Man verwendet das Paratotal der Labopharma 2—3 Tabletten bzw. 2 ccm des Morgens intramuskulär zugleich mit Sol. Calc. chlorat. 20/200 3—4 Eßlöffel täglich. Insbesondere konnte ich bei den mittelschweren Fällen der idiopathischen Neuralgie recht gute Resultate erzielen. Als Einreibung empfiehlt es sich bei Neuralgien Rp. Extr. Beladon. 6,0, Tinct. Op. crocat. 3,0, Chloroform 4,0 MDS. Äußerlich.

2. Neuritis und Polyneuritis.

Bei der Polyneuritis ist die Ursache zu berücksichtigen (Blei, Arsen, Alkohol, Diphtherie, Schwefelkohlenstoff). Beginnt die Krankheit akut mit Fieber und Gelenkschmerzen, so verordnet man 4—5 gr Aspirin oder 3—4 mal tägl. 2 Tabletten zu 0,5 Melubrin. Ganz zweckmäßig ist es, Melubrin subkutan bzw. intramuskulär zu verabfolgen. Man injiziert 2—3 ccm einer 50% Lösung. Daneben empfiehlt es sich, eine lokale Behandlung durchzuführen: Antiphlosgitine-Verbände, 25% Mesotan-Vaseline oder mit Spirosal-Lösung 2—3 mal tägl. einreiben. Lassen die Schmerzen nicht nach, so injiziert man subkutan Impletol oder

Novalgin oder Dilaudid. Bei mehr chronischen Formen der Polyneuritis ist eine Reizkörpertherapie am Platze. (Vaccineurin oder Neuro-Jatren intramuskulär 0,1—0,5 ccm in Abständen von 3—4 Tagen steigend auf 1 ccm).

3. Periphere Paresen und Lähmungen.

Neben Elektrotherapie, Massage, Übungstherapie kommt medikamentös namentlich das Strychnin in Betracht, da es durch die Erhöhung der Reflexerregbarkeit in den Vorderhornzellen des Rückenmarks die »Bahnung« der motorischen Abläufe erleichtert. Man verordnet das Strychnin als Tinct. nuc. vomic. 3mal tägl. 8—10 Tropfen oder Strychnin. nitric. 0,001—0,004 in Injektionen 1mal täglich. Neben Phosphorderivaten (Phytin, Calcium glycerino-phosphoricum) kommt unter Umständen auch die Arsenverordnung in Frage, z. B. Sol. Fowleri 3mal 2 Tropfen steigend bis 3mal 15 Tropfen pro die und zurück. Solarson subkutan jeden 2.—3. Tag 10—12 Injektionen, oder Arsensolvon 20 Injektionen, jeden 2. Tag 1 Injektion oder 12 Arsylen-Roche-Injektionen subkutan, jeden 2. Tag 1,1 ccm oder Arsamon, Arsen-Feometten, Arsen-Eisentropon, Arsen-Promonta, Arseno-Protoferrol.

III. Die Therapie der Dyskinesien.

1. Die choreatischen Krankheitsbilder.

Die Behandlung der Chorea minor besteht in Isolierung, Bettruhe, ovo-lacto-vegetarischer Kost, lauwarmen Bädern und Atemgymnastik. Von Medikamenten scheinen drei eine nahezu spezifische Wirksamkeit zu entfalten. Es sind das: Arsen, Antipyrin, Cannabis indica. Die erste Stelle nimmt das Arsen ein. Man verordnet Rp. Acid. arsenicos. 0,1/100,0 3mal tägl. 3 Tropfen, steigend täglich um drei Tropfen bis 15 Tropfen pro die und geht auf gleiche Weise zurück. In 9 Tagen soll die Kur abgeschlossen sein. Sehr empfohlen wird auch die Kombination von Arsen mit Extractum cannabis indicae, z. B. Rp. Acidi arsenicos. 0,04, Extract. cannabis indic. 0,3, Chinin, sulfuric. 1,0. Extract. Valerian. q. s. ut f. pil. Nr. XXX DS. 3mal tägl. n. d. Essen 1 Pille z. n. Oder die Verbindung von Arsen und Antipyrin. Rp. Antipyrin. 5,0, Natr. arsenicos. 0,01, Sir. cort. aurant. 50,0, Aq. dest. ad 150,0 MDS. 3man 1 Kaffeelöffel n. d. Essen z. n. Man kann auch Nucleogentabletten verordnen. 3mal täglich 1—2 Tabletten. Von gutem Erfolg ist auch die Kombination von Brom mit Antipyrin. Rp. Natr. bromat. 10,0, Antipyrin. 3,0, Syrip. Rubi Id. 20,0 Aq. dest. ad 150,0 MDS. 3mal täglich 1 Eßlöffel bzw. 1 Kinderlöffel. Aber auch eine Proteinkörpertherapie soll eine Verkürzung der Krankheit bewirken. Man injiziert in 4—5-

tägigen Intervallen 5—10 ccm sterile Milch intramuskulär. Bei der Chorea gravidarum kommen die gleichen Mittel in Betracht. Die Therapie der Chorea Huntingtoni ist rein symptomatisch. Arsen und Skopolamin wird, namentlich bei Beginn der Erkrankung, ein gewisser Einfluß auf die Linderung des Leidens zugeschrieben. Ich konnte mich davon nicht überzeugen.

2. Die athetotischen Krankheitsbilder.

Die Behandlung der symptomatischen Athetosis, sowie der idiopathischen Form, der sog. Athétose double und der ihr verwandten Mendelschen Torsionsdystonie ist heute noch so gut wie aussichtslos. Man hat die Verordnung von Bromsalzen empfohlen. Auch sollen Remissionen nach Skopolamininjektionen beobachtet worden sein. Eine Skopolaminmedikation in Verbindung mit Brompräparaten kann nützliche Dienste leisten.

3. Die Paralysis agitans.

Man verordnet gleichfalls Skopolamininjektionen 0,0002/4 pro dosi, und zwar 1—2mal täglich. Rp. Skopolamin. hydrobromic. 0,004, Aq. dest. ad 10,0. Mit einer halben Spritze beginnen. Noch günstiger wirkt eine kombinierte Atropin-Pilokarpin-Behandlung. Wobei Pilokarpin die unerwünschten Nebenerscheinungen des Atropins beseitigt. Die Pilokarpindosis darf aber nie 0,01 überschreiten. Man kann gleich in der ersten Woche mit 0,002 Atropin sulfuric. beginnen; dazu 2mal täglich je 1 Pille zu 0,01 Pilokarpin. Von der zweiten Woche ab gibt man von einer 0,5% Atropinlösung 3mal täglich 5 Tropfen und dazu verabreicht man 2mal täglich 0,01 Pilokarpin. Die Pilokarpindosis von 2mal täglich 0,01 erlaubt ein Ansteigen bis auf 3mal täglich 10 Tropfen Atropin ohne Nebenerscheinungen. Die einmal erreichte optimale Dosis muß ohne Unterbrechung täglich genommen werden. Empfehlenswert ist auch ein italienisches Skopolamin-Kombinationspräparat (Skopolamin, Veratrin, Akonitin, Sklerotinsäure), das unter der Bezeichnung »Eustateina« im Handel ist. Von günstiger Wirkung sind auch die Arsenkuren, z. B. als Sol. Fowleri 2mal 2 Tropfen pro Tag steigend bis 2mal 10 und wieder zurück. Auch das Duboisinum sulfuricum. 0,0002/4 pro dosi subkutan lindert die muskuläre Spannung und den Tremor. Oder in Pillenform. Rp. Duboisin. sulfur. 0,006, Pulv. et succ. Liquirit. q. s. ut f. pil. Nr. XX DS. 2—3mal tägl. 1 Pille. Ähnlich wirkt die Tinctura veratri viridis, die man 2—3mal täglich 3—4 Tropfen in starker schleimiger Verdünnung verordnet. Außerdem kann man u. a. Ergotin, Bromkalium und Physostigmin versuchen. Am besten Ergotin mit Atropin kombiniert. Rp. Atropin. sulfuric. 0,02, Ergotin. 2,0 Dt. tal. dos. Nr. XXX S. 3mal täglich 1 Pille. Empfohlen wird weiter

das Striaphorin in Tabletten, 3mal täglich 1 Tablette. Ich habe mit Bulbokapnin recht befriedigende Ergebnisse erzielt. Rp. Bulbokapnin. hydrochl. 2,0/10,0 DS. 0,5—1 ccm subkutan. Bulbokapnin ist im Handel als 10% Lösung in 1 ccm Ampullen zu haben. Oder als Tabletten zu 0,1 in Röhren zu 10 Stück. Auch das Harmin vermag die Krankheit günstig zu beeinflussen. Da die Dauer der Harminwirkung sich nur auf einige Stunden erstreckt, hat es sich als zweckmäßig erwiesen, das Harmin mit Hyoszinderivaten zu kombinieren. Man geht in der Regel so vor, daß man wöchentlich 2—3mal 0,02 Harmin subkutan verabfolgt und an den anderen Tagen 3—4mal täglich 1 Granule Genoskopolamin gibt. Auch mit dem sog. Parkinsan (Hirsau) lassen sich recht günstige Wirkungen erzielen.

4. Die Myotonien.

Die Myotonia congenita (Thomsensche Krankheit) sowie deren Abarten, die Myotonia atrophica und die Paramyotonia congenita sind medikamentös nicht zu beeinflussen. Die bisher angewandten Mittel (Schilddrüsenpräparate, Antipyrin, Strychnin, Atropin, Jodkali) haben sich als nutzlos erwiesen. Zu empfehlen sind neben Nähr- und Kräftigungsmitteln (Blutan, Malztropon, Promonta u. a.) vor allem passende Berufswahl, Warmhalten, Schutz vor psychischen Erregungen, warme Bäder mit Massage und systematische Turnübungen.

5. Die Myasthenie.

Im Vordergrunde der Behandlung der Myasthenia gravis pseudoparalytica steht die Schonungstherapie, Luftliegekuren; mehrmals am Tage Zeiten vollkommener Ruhe verordnen. Die bisherige Behandlung mit Tonica, Tetrophan, Kalzium, Adrenalin, Spermininjektionen, Ovarial- und Schilddrüsenextrakte hat sich als unbefriedigend erwiesen. Neuerdings wird eine Glykokoll-Behandlung empfohlen. Man verabfolgt täglich 10 g Glykokoll per os. (teuer!). Obwohl noch nicht ganz feststeht, ob die günstige Wirkung des Glykokolls von Dauer ist, wäre bei diesem schweren Leiden ein Versuch jedenfalls gerechtfertigt.

6. Die Tetanie.

Bei den sekundären Formen muß die Therapie der Tetanie eine kausale sein. Für alle Fälle der Tetanie sind Bettruhe und laue Bäder von längerer Dauer sowie eine ovo-lacto-vegetarische Kost zu verordnen. Von Medikamenten kommen in erster Linie die Kalkpräparate in Betracht. Man gibt 3—4mal täglich 1 Kaffeelöffel der 10% Lösung von Calcium lacticum. Ferner wirken günstig Bromalkalien; gegen Schmerzen Skopolamin, Chloralhydrat, Pyramidon, Antipyrin, Lactophenin. Die Parathyreoidin-

präparate haben sich nicht bewährt. Bei der Kindertetanie verordnet man Bromkali, z. B. Rp. Kali bromati 0,2, Tinct. moschi 1,5, Sirup. simpl. 15,0, Aq. dest. ad 100,0 MDS. 2stündlich 1 Kinderlöffel. Ferner: Chloral per Klysma (0,15—0,5). Da häufige Beziehungen zwischen der Kindertetanie und der Rachitis bestehen, empfiehlt es sich, neben Bromkali und Chloral-Phosphor zu verordnen.

7. Die Myoklonien.

Die Behandlung des Paramyoklonus multiplex (1.), der Myoklonusepilepsie (2.) und der Nystagmusmyoklonie (3.) bleibt symptomatisch. Man verordnet neben warmen Bädern, Galvanisation, Skopolamininjektionen, Chloralhydrat und Bromkali.

8. Die Beschäftigungskrämpfe.

Die psychotherapeutische Behandlung steht im Vordergrunde. Weiter empfiehlt es sich, lauwarme Bäder von längerer Dauer und Galvanisation zu verordnen. Von Nutzen sind Arsen-Eisenkuren (Arsenferratose, Arsen-Feometten, Arsen-Eisentropon u. a. m.).

9. Die Muskelkrämpfe.

Beim Kaumuskelkrampf empfiehlt es sich, besonders in frischen Fällen, neben Schwitzen die Verordnung von Emplastr. cantharid. auf den Prozessus mastoideus oder in die Schläfengegend, ferner Sedativa und Galvanisation. Bei Facialiskrampf ist, nach Beseitigung der krankhaften Zustände, welche das Leiden reflektorisch ausgelöst haben könnten (Zahnkaries, Nebenhöhlen- und Ohrenleiden u. a.), Bromkali 4,0 g pro die oder eine Kombination von Bromkali mit Antipyrin zu empfehlen. Auch eine Galvanisation des Facialisstammes käme in Betracht. Versagen diese Mittel, so greift man zu einer Injektionstherapie. Man verabfolgt: Rp. 80% Alkohol 20,0, Menthol 0,4, Novokain 0,2 MDS. 1—1/2 1 ccm pro dosi.

Bei Glossospasmus ist eine Anodengalvanisation des Hypoglossus angezeigt. Wenn das nicht hilft, dann bleibt die Durchschneidung der Musculi genioglossi übrig, welche eine definitive Heilung bringt. Bei Laryngospasmus wirkt günstig Rp. Kali bromati 2,0, Tinct. mosch. 1,5, Sir. simpl. 15,0, Aq. dest. ad 100,0 MDS. 2stündlich 1 Kinderlöffel. Auch bei den Zwerchfellkrämpfen ist Bromkali zu empfehlen. Daneben leisten Opium, Chloraethylspray, Blasenpflaster gute Dienste.

IV. Die Therapie der progressiven Muskelatrophie.

Bei der myopathischen Form soll die schwache Faradisation von guter Wirkung sein. Ferner kommen prolongierte laue Bäder

und Solbäder in Betracht. Medikamentös wird eine Adrenalinbehandlung empfohlen. Man verabfolgt in 1—2tägigen Abständen intravenös 0,03—0,15 ccm der 1%-Lösung von Suprarenin. hydrochloric. Die Kur umfaßt 30 Injektionen. Oder man führt eine kombinierte Adrenalin-Pilokarpin-Behandlung durch. Man gibt zuerst eine Vorinjektion von 0,1 ccm der 1%-Suprareninlösung + 0,1 ccm der 1%-Pilokarpinlösung und darauf abwechselnd jeden Tag 0,2 ccm der 1%-Suprareninlösung und 0,2 ccm der 1%-Pilokarpinlösung. Die Kur umfaßt 50 Injektionen. Gute Wirkung wird dem Glykokoll zugeschrieben. Man verordnet täglich 15 g Glykokoll (3mal zu 5 g) per os. Leider ist das Glykokoll recht teuer.

Die Behandlung der neurospinalen Form besteht in einer vorsichtigen Faradisation des erkrankten Muskels und einer Galvanisation des Rückenmarks. Medikamentös ist nur ein Versuch mit Strychnininjektionen gerechtfertigt. Man injiziert 0,0015 pro dosi et die. Secale cornutum wie die Silbernitratkuren haben sich nicht bewährt.

V. Die Therapie der spastischen Krankheitsprozesse.

Bei den Formen von spastischer Spinalparalyse, die exogenen Schädlichkeiten ihren Ursprung verdanken (Lues, Intoxikationen, Anämie), ist eine kausale Behandlung angezeigt. Bei den anderen Formen ist ein Versuch mit einer Brom- bzw. Skopolaminkur gerechtfertigt. Dann verordnet man lauwarme Bäder von längerer Dauer, vorsichtige Massage, Vornahme von passiven Bewegungen. Im übrigen ist auf Ruhe und Schonung des Kranken zu achten. Gegen die spastischen Paresen wird die »Rhizotomia posterior« n. *Förster* empfohlen. Auch bei der Amyothrophischen Lateralsklerose und Progressiven Bulbärparalyse sind Ruhe, Schonung, protrahierte lauwarme Bäder u. Massage angezeigt, ohne jedoch das Leiden zu beeinflussen. Daneben gibt man Strychnininjektionen, Arsenpräparate (Arsen-Promonta, Arsenferratose) und Jodkali. Der Speichelfluß läßt sich durch Atropin oder Skopolamin bekämpfen.

VI. Die Therapie der hereditär-familiären Ataxien.

Die spinale Heredoataxie (Friedreichsche Krankheit) sowie die zerebellare Heredoataxie sind therapeutisch kaum zu beeinflussen. Medikamentös werden Strychninkuren (Tinct. nuc. vomic. 30,0 DS. 3—4mal tägl. 5—10 Tropfen) empfohlen. Ferner muß für Ruhe und Schonung des Kranken Sorge getragen werden. Ein Versuch mit vorsichtiger Massage ist angezeigt.

VII. Die Therapie der multiplen Sklerose.

Die Silbersalvarsantherapie hat die an sie geknüpften Erwartungen nicht erfüllt. Die Ansichten über die Wirksamkeit des Silbersalvarsans bei der Behandlung der multiplen Sklerose sind geteilt. Man begann mit Injektionen von 0,05 pro dosi, stieg allmählich auf 0,15 und 0,2. Wöchentlich verabfolgt man 2 Injektionen. Wertvolle Dienste leistet das Arsen. Es scheint das Eintreten von Remissionen zu fördern. Man verordnet das Arsen als Sol. Fowleri oder als Pil. asiatic., Natr. kakodylicum tägl. 1 Ampulle zu 0,05, später 0,1. Ferner als Arsamon alle 1—2 Tage 1 ccm subkutan, als Arsylen-Roche, Arsensolvon, Arsen-Promonta oder Arsen in Kombination mit Eisen, Arsen-Eisentropon, Arsenferratose. Günstige Resultate sind auch von der Anwendung des Germanins (Bayer 205) berichtet worden. In Pausen von 5—6 Tagen injiziert man intravenös 5 Einheiten Germanin (d. h. 0,5 des reinen Bayer 205). Eine Kur umfaßt 10 Injektionen. Nach einer Pause von 3—4 Wochen kann die Kur wiederholt werden. Auch das Antimosan (Heyden 661) wird empfohlen. Man gibt zuerst 0,1 Antimosan, steigt dann allmählich auf 0,3—0,4, 2—3mal wöchentlich 1 Injektion. Im Ganzen gibt man 12—15 Injektionen. Die seinerzeit viel gerühmten Thiosinamininjektionen ebenso wie die Fiebertherapie haben sich nicht bewährt. Dagegen sind mit einer Leberbehandlung gute Resultate erzielt worden. Man gibt den Kranken täglich 225 g Leber in leicht gekochtem Zustand. Symptomatische Erfolge soll man mit der Vakzinetherapie nach *Purves-Stewart* erzielt haben. Man injiziert die Vakzine (Eigenliquor + Fremdserum vom Menschen + Hartleybouillon (= Ochsenherz- und Schweinepankreasextrakt + Phenol) intravenös in Abständen von 5 Tagen beginnend mit 0,25 ccm, dann steigend auf 0,5—1,0 ccm. Im Ganzen gibt man 6—8 Injektionen. Weiter wird bei der multiplen Sklerose die Diathermie empfohlen, und zwar in Form der »zwei Stromkreise«. Es werden eine große Rückenplatte und zwei Elektrodenmanschetten an den Unterschenkeln mit der einen Polklemme, eine große Bauchplatte und zwei Vorderarmmanschetten mit der anderen Polklemme verbunden. Die Kranken werden sorgfältig in Decken gepackt. Sitzungsdauer: ca. 50 Minuten. Die Temperatur soll über 39 Grad C. nicht gesteigert werden. Auch sind bei der multiplen Sklerose Eigenblutinjektionen empfohlen worden. Als gutes Mittel zur Linderung der Spasmen sowie bei gastrischen Krisen hat sich Brom lumbal und intravenös erwiesen. Man injiziert von einer 10% Bromnatriumlösung alle 3—5 Tage ansteigend 10—50 ccm. Bei Auftreten einer Bromakne einige Wochen Pause. Oder: man

injiziert von 4% steriler Bromnatriumlösung alle 2—3 Wochen 6—10 ccm endolumbal. Bei zerebellarer Ataxie kommt die Anwendung von Tetrophan (Beginn mit geringen Dosen von 2mal täglich 0,05) in Betracht. Schließlich sei noch auf die Neurosmontherapie hingewiesen, mit der sich eine günstige Beeinflussung des Leidens erzielen läßt. Man verabfolgt Neurosmon stark 3 Tage lang 2mal täglich 1 Täfelchen, steigt dann alle 5 Tage um 1 Täfelchen bis 3mal 6 Täfelchen täglich. Darauf eine Pause von 14 Tagen. Während dieser Zeit nimmt der Kranke 3mal täglich Neurosmon schwach. Hierauf beginnt wieder eine Kur mit Neurosmon stark.

VIII. Die Therapie der Gliosis spinalis und der Syringomyelie ist unbefriedigend.

Neben Arsenkuren (Sol. Fowleri, Arsylen-Roche) sind Galvanisationen des Rückenmarks, sowie ein Versuch der Röntgenbestrahlung des Halsmarks zu empfehlen.

IX. Die Therapie der Myelitis.

Bei den Myelitiden, die sich an Lues, Malaria und Schwangerschaftstoxikose anschließen, ist eine kausale Behandlung angezeigt. Bei der Infektionsmyelitis (Typhus, Erysipel, Pneumonie, Diphtherie, Dysenterie) ist ein diaphoretisches Verfahren recht zweckmäßig: elektrisches Glühlicht, heißer Tee, Aspirin. Empfohlen werden auch Urotropininjektionen intravenös (5 ccm einer 40% Lösung 2mal täglich). Gegen Spontanzuckungen sind warme Bäder nützlich. Die auftretenden Schmerzen werden mit Gelonida antineuralgica bekämpft. Mehrfache Lumbalpunktionen können von Nutzen sein. Auch kann ein Versuch mit Collargolinjektionen gemacht werden. Bei der funikulären Myelitis, die sich im Gefolge einer perniziösen Anämie unter dem Bilde einer »kombinierten Systemerkrankung« einstellt, sind Campoloninjektionen zu empfehlen. Man injiziert muskulär 2 ccm täglich. Die Behandlung dauert ca. drei Monate. Von günstiger Wirkung soll auch das Ventraemon sein. Man gibt anfangs täglich 30—40 g, später monatelang täglich 20 g.

X. Die Therapie der Rückenmarkstumoren.

Die Therapie der Rückenmarkstumoren ist stets eine operative. Besonders günstig gestaltet sich der Eingriff bei den extramedullären Tumoren. Schwieriger liegen die Verhältnisse bei den Konus- und Kaudatumoren, da bei dem Eingriff eine größere Gefahr von Komplikationen besteht. Bei den intramedullären Tumoren läßt sich selten eine definitive Heilung erzielen,

weil es sich meist um nichtexstirpierbare Neubildungen handelt. Ziemlich hoch ist die Mortalität bei den extraduralen Tumoren, sofern es sich nicht um Fibrome, Endotheliome oder Chondrome handelt, die eine bessere Prognose haben. Eine gute Prognose haben dagegen die abgegrenzten benignen intramedullären Tumoren (wie z. B. Lipome), sowie die extramedullären intraduralen Tumoren. Der operative Behandlungserfolg bei den malignen Wirbeltumoren wie den metastatischen Tumoren ist gering.

XI. Die Therapie der luetischen Krankheiten des Zentralnervensystems.

Für die Bekämpfung der Neurolues stehen folgende Behandlungsmethoden zur Verfügung:

I. Mit Infektionskrankheiten

1. Malaria

a) Tertiana

Unter allen Fieberkuren, die zur Bekämpfung der Neurolues dienen, nimmt die Tertianatherapie den ersten Platz ein. Sie hat sich erfahrungsgemäß als das wirksamste Mittel erwiesen, das zur Behandlung luetischer Krankheiten des Zentralnervensystems zur Verfügung steht. Die Tertiana ist nur bei schweren chronischen Erkrankungen (z. B. chronische Nephritis, Leberzirrhose, dekompensierte Herzfehler, Myodegeneratio cordis u. a.) kontraindiziert. Die Technik der Überimpfung, die Wahl des Stammes, die Inkubation, der Fieberverlauf, die Unterbrechung des Fiebers sind heute zu bekannt, als daß es notwendig wäre, im Einzelnen darauf einzugehen.

b) Die Quartana.

Die Quartanatherapie ist bei Wiederholungskuren oder dort zu empfehlen, wo Kontraindikationen gegen die Durchführung der Tertiana bestehen.

2. Recurrens.

Die Gegenanzeigen gegen die Recurrenstherapie sind ähnlich denen, die bei der Tertiana aufgezählt wurden. Hinzu kommt noch eine spezielle Kontraindikation — etwa vorhandene Augenaffektionen, da man Augenkomplikationen im Verlauf der Behandlung beobachtet hat. Der Vorzug besteht im Gegensatz zu der Tertiana — in der geringeren Inanspruchnahme des Herzens und des Kreislaufs. Eine Reihe von Beobachtungen sprechen dafür, daß der therapeutische Erfolg der Recurrens hinter der Malariabehandlung nicht zurücksteht.

3. Sodoku (Rattenbißfieber).

Die Vorteile des Sodoku gegenüber der Recurrens bestehen nur in der leichteren Kupierbarkeit des Fiebers durch Salvarsan. Im übrigen ist, nach den heute vorliegenden Berichten, die Sodokutherapie entbehrlich, da sie »gefährlicher« ist wie die Malaria und hinter der Wirksamkeit der Recurrens zurücksteht.

II. Mit avirulenten Keimen.

Hier ist vor allem das Pyrifer-Rosenberg zu nennen, ein apathogen gemachter Kolistamm, der in Stärken von 50 bis 5000 Einheiten hergestellt wird. Davon gibt es drei Packungen, A, B und C, die verschiedene Stärken enthalten. Die Packung A enthält je 1 Ampulle Stärke I—IV, B enthält je 2 Ampullen Stärke V—VI und Packung C 4 Ampullen Stärke VII. Das Pyrifer wird intravenös verabfolgt. Um die Reaktion des Kranken festzustellen, beginnt man zweckmäßig mit einer halben Dosis. Zwischen den einzelnen Fieberanfällen muß mindestens ein fieberfreier Tag liegen. Die Kur umfaßt 10 bis 12 Injektionen, wobei Temperatursteigerungen über 38,8 Grad C. erzielt werden sollen. Das Neosaprovitan (Sächs. Serumwerk Dresden) wird intravenös verabreicht und erzeugt mehrere Stunden dauernde Fieberanfälle. Man beginnt mit kleinen Dosen (0,1 ccm) und steigert nach dem Reizerfolg die Menge. Von weiteren Mitteln seien genannt das Tuberkulin, die Typhusvakzine, das Vaccineurin, die Dmelcos-Vakzine n. *Nicolle* und die Impfung mit lebenden Spirochaeten nach *Hilgermann*.

III. Mit unspezifisch-chemischen Substanzen.

Hierher gehören u. a. die Kochsalzinfusionen. Man gibt alle 3—4 Tage 500—1000 ccm subkutan und erzeugt damit nicht selten Temperaturen bis 40 Grad C. Auch das Neuroyatren dient zur Fiebererzeugung. Man injiziert alle 3—4 Tage 0,5—3,0 ccm. Verwendung finden ebenfalls: das Natrium nucleinicum, das Dephagin, das Phlogetan, weiter Milch, Albumosen, Peptone, das Aolan, das Hypertherman (Sächs. Serumwerk-Dresden), Caseosan-Heyden, Yatren-Casein, Caseinol, Soluprotine-Roche, Gonococcen-Vakzine und das Olobinthin. Hierher gehören auch die Schwefelpräparate: Intramine nach *Mc Donagh*, das Sufrogel-Heyden, das Schwefel-Diasporal, das Colsul nach *Shilvock*, das Soufre liposoluble nach *Levaditi* und schließlich das *von Knud Schroeder* erprobte und viel angewandte Sulfosin-Leo. Von allen Schwefelpräparaten ist das

Anaesthesulf nach *Dreyfuß* sehr zu empfehlen, da Infiltrate selten auftreten und die Injektionen keine Schmerzen bereiten.

IV. Mit Eigenblutinjektionen und Höhensonnenbestrahlungen nach *Radnai* und *Rajka*.

Man verabfolgt in 10 Wochen 30 Bestrahlungen mit Höhensonne, wobei die Bestrahlungsdauer 0,5—1 Stunde beträgt. Eine halbe Stunde nach der Bestrahlung werden 5—20 ccm Eigenblut intraglutäal injiziert. Im ganzen werden 10—15 Injektionen verabfolgt.

V. Mit physikalisch-chemischen Methoden.

Erwähnenswert ist der Versuch, mit heißen Bädern in Verbindung mit intravenösen NaCl-Injektionen Fieber zu erzeugen *(Walinsky)*. Besser sollen sich 1—2 Stunden dauernde Glühlichtbäder mit nachfolgenden Einpackungen bewährt haben. *(Kahler, Knollmayer.)* Verwendung finden auch diathermische Ströme. *(Hinsie, S. L. Osborn, A. Neymann, Ch. Carpenter, Kauders.)* *Schliephake* hat die Kurzwellenmethode in die Therapie der Neurolues eingeführt. *(Finaly, Liebesny.)*

VI. Mit den modernen spezifischen Mitteln.

A. 3- und 5-wertige Arsenverbindungen:

1. Zur intravenösen Einverleibung eignet sich das Neo-Salvarsan.
2. Zur intramuskulären Injektion dienen das Myosalvarsan, das Solusalvarsan, das Neoiacol, das Eparséno und das Sulfarsénol. Die beiden letzteren werden subkutan injiziert und sind in Dextrose zu lösen.
   Von den 5-wertigen Arsenverbindungen ist das Tryparsamide zu erwähnen.
3. Zur peroralen Applikation werden das Spirocid und das Stovarsol nach *Levaditi* und *Fournier* verwandt.
4. Die endolumbale Behandlung mit salvarsaniertem Serum hat *Swift-Ellis* angegeben. Die endolumbale Salvarsanbehandlung wurde dann weiter von *Schacherl* und *Gennerich* ausgebaut.
5. Mit Lufteinblasung kombinierte Salvarsanbehandlung (*Thurzó, Woldrich, Horn, Kogerer, Fazakas*).
6. Mit Liquordrainage verbundene Salvarsantherapie *(Hoefer, Dercum)*.
7. Endolumbale Behandlung mit Hirnlipoidextrakten *(Steinfeld, Heinemann, Witebsky)*.

B. Die mit Wismut kombinierte Neuroluestherapie.

a) Mit unlöslichen Verbindungen. Hierher gehören das Bismogenol-Tosse, dann das Casbis-I. G. Farben, das Mesurol, Wismulen, Wismutdiasporal, ferner das Muthanol und Néotrepol.

b) Mit löslichen Verbindungen:
Zu diesen gehören vor allem das Spirobismol solubile SS, das Neo-Bismosalvan und das Embial-Merck.

Von allen hier geschilderten Methoden haben sich für die Behandlung der Progressiven Paralyse die Malaria- und die Recurrenstherapie mit anschließender spezifischer Behandlung am meisten bewährt. Sie sind z. Zt. die Standardmethoden der Paralysetherapie. Von weiteren Methoden ist die kombinierte Pyrifer-Neosalvarsan-Spirobismol-Kur zu empfehlen. Diese Kur kommt für solche Fälle in Frage, bei denen eine Malariatherapie nicht durchführbar erscheint. Aber auch als Erstbehandlung kommt diese Kur in Betracht und die mit ihr erzielten Resultate scheinen der Malaria- bzw. Recurrenstherapie nicht nachzustehen.

Von 19 Paralytikern, die ich mit dieser Methode behandelte, sind 10 voll und 6 unvollständig remittiert, 3 blieben unbeeinflußt. Es wurden insgesamt 12—14 Fieberanfälle von über 40 Grad C. erzeugt. Auf der Höhe des Fiebers bekam der Kranke eine Injektion von 0,45 Neosalvarsan. An den darauffolgenden fieberfreien Tagen erhielt der Patient 2,0 ccm Spirobismol solubile SS. Im Ganzen wurden 5—6 Gramm Neosalvarsan und 32 ccm Spirobismol verabfolgt.

Bei der Tabes kommen neben der Malaria- und Recurrenstherapie vor allem die unspezifisch-spezifischen Behandlungsmethoden in Betracht. So sind z. B. die kombinierten Pyrifer-Neosalvarsan-Spirobismol oder Typhus-Vakzine-Neosalvarsan-Bismogenol-Kuren zu empfehlen.

Was die Therapie der einzelnen Ausdrucksformen der Tabes anbelangt, so sind bei lanzinierenden Schmerzen Erkältungen und Durchnässungen zu vermeiden, übermäßiger Genuß von Zucker und Süßigkeiten ist einzuschränken. Eine Anaesthesulf- oder Sulfosin-Fieberkur leistet hier gute Dienste. Bei gastrischen Krisen wird eine intralumbale Injektion von 1—2 ccm einer 25% frisch bereiteten sterilen Lösung von Magnesium sulfuricum empfohlen. Die Injektion kann 2—3mal wiederholt werden. Man hat nach der Injektion Paraparesen beobachtet, die jedoch wieder verschwanden. Die Opticusatrophie wird ebenfalls durch die Malariatherapie günstig beeinflußt. Empfehlenswert ist auch die endolumbale Salvarsantherapie. Im Anschluß daran wird eine Neosalvarsan-Bismogenol-Kur durchgeführt.

Gute Resultate gibt auch eine Salvarsan-Novasurol-Kur verbunden mit zisternalen Lufteinblasungen. Man gibt 2 mal wöchentlich eine Mischspritze und vor jeder 3. Injektion eine zisternale Lufteinblasung von 30 ccm. Von günstiger Wirkung ist ferner eine Schwefel-Diasporal-Bismogenol-Kur. Man injiziert intramuskulär 0,1—0,2 Schwefel-Diasporal und an fieberfreien Tagen das Bismogenol. Die Kur umfaßt 10—12 Schwefel-Diasporal-Injektionen. Bei den trophischen Störungen (Arthro-Osteopathien und Malum perforans) sollen intralumbale Tartrobé-Roche-Injektionen verbunden mit einer anschließenden energischen Neosalvarsan-Spirobismol-Kur günstig wirken. Die Ataxie wird durch die *Frenkel*schen Übungen, das *Hessing*sche Korsett und die *Baeyer*sche Tonusbandage bekämpft. Bei der Hypotonie verordnet man das Neurosmon, kombinierte Arsen-Strychninpräparate, oder das Optarson, Astonin, Strychnotonin oder schließlich das Tetrophan 3 mal täglich eine Tablette zu 0,1. Die Bekämpfung der Blasenstörungen ist schwierig. Man hat zur Regulierung der Blasentätigkeit intravenöse Injektionen von 10 ccm einer 40% Urotropinlösung empfohlen.

Um im Einzelfalle zu entscheiden, welche Behandlungsmethode Anwendung finden soll, ist es zweckmäßig, folgendermaßen vorzugehen: Steht klinisch die Diagnose der Tabes fest und ist der humorale Befund negativ, so ist damit noch nicht die Notwendigkeit der spezifischen Therapie gegeben. Man kann sich auf die Anwendung der unspezifischen Heilmethoden beschränken. Ist der humorale Befund aber schwach positiv (sog. Übergangsbefund) und ist noch keine spezifische Kur vorausgegangen, so ist eine intensive Pyrifer-Neosalvarsan-Spirobismol oder z. B. eine Typhus-Vakzine-Neosalvarsan-Bismogenol-Kur angezeigt. Liegt aber ein hochpositiver humoraler Befund vor oder sind die bisherigen spezifischen Kuren erfolglos geblieben, dann ist unbedingt eine Malaria- oder Recurrenstherapie durchzuführen.

Bei der Taboparalyse kommt nur die Malaria- oder Recurrensbehandlung in Frage. Vor einer einfachen spezifischen Therapie wird geradezu gewarnt. Sie soll das Fortschreiten des Leidens begünstigen (*O' Leary*).

Die spezifische Therapie ist bei der Lues cerebrospinalis der Spätstadien am Platze. Man führt in kurzen Abständen drei Kuren zu je 7,0—8,0 Gramm Neosalvarsan bei Männern bzw. 5,0—6,0 Gramm bei Frauen durch. Der Kranke bekommt wöchentlich zwei Injektionen, wobei die Einzeldosis möglichst immer 0,6 bzw. 0,45 betragen soll, weil die größeren Dosen besser vertragen werden. Neben der Salvarsanbehandlung soll möglichst immer eine Quecksilber- oder Wismutkur durchge-

führt werden. Also z. B. eine Neosalvarsan-Spirobismol- bzw. Enesolkur. Bleibt diese Kur ohne Erfolg, dann ist eine Kombination der spezifischen mit einer unspezifischen Kur angezeigt, z. B. eine Pyrifer-Spirobismol-Neosalvarsan- bzw. Enesolkur. Ist auch durch diese Kur keine Besserung zu erzielen, so muß die Malaria- bzw. Recurrenstherapie angewandt werden. Solche Kranke, die sich gegen Salvarsan, Quecksilber, Jod oder Wismut als unbeeinflußt oder als überempfindlich erwiesen haben, empfiehlt es sich mit *Zittmann* Dekokt zu behandeln. Man verordnet zuerst 3—4 Gramm Neosalvarsan, dann 8—10 Embialinjektionen, darauf 10 Tage lang *Zittmann* Dekokt, dann wieder 3—4 Gramm Neosalvarsan und 8—10 Embialinjektionen. Bei der Lues cerebrospinalis der Frühstadien sowie bei der liquorpositiven frühlatenten Lues ist zuerst eine Neosalvarsan-Wismut bzw. eine Neosalvarsan-Quecksilberkur angezeigt. Bleibt der Behandlungserfolg aus, so ist eine Kombination mit einer unspezifischen Kur am Platze (Pyrifer, Typhus-Vakzine). Die Verbindung der Malaria- oder Recurrensbehandlung bzw. einer unspezifischen Therapie mit einer Neosalvarsan-Wismut- oder Neosalvarsan-Quecksilberkur kommt ebenfalls bei der spätlatenten liquorpositiven Lues in Betracht.

XII. Die Therapie der Arteriosklerose des Zentralnervensystems.

Die Behandlung muß in erster Linie für allgemeine körperliche und geistige Schonung sorgen. Die Kost soll möglichst ovo-lacto-vegetarisch sein. Wöchentlich zwei Sauerstoff- oder Kohlensäurebäder sind von Nutzen. Medikamentös kommen vor allem die Jodsalze und Jodpräparate, sowie Kieselsäurekuren in Betracht. Zunächst das Jodkali.

Weiter gibt man Jodtropon 0,5 1—2 mal täglich eine Tablette, oder Jodostarin 0,25 3 mal täglich 1—2 Tabletten, Jodprotasin, man beginnt mit einer Ampulle zu 2 ccm intramuskulär. Oder: 1% Sol. Natr. silic.-Merck jeden 3. Tag 0,5 ccm injizieren, allmählich auf 2 ccm steigen. Im Ganzen verabfolgt man 12 Injektionen. Danach drei Wochen Pause, hierauf ev. noch eine Kur. Oder man gibt u. a. Dijodyl, Sajodin, Jodgorgon.

In der neuesten Zeit hat man über gute Erfolge mit Rhodapurin (1—2 mal täglich eine Tablette zu 0,3) berichtet. Insbesondere sollen sich kleine Rhodapurindosen (eine Tablette von 0,3 in drei Teile zerlegen, davon zwei Teile pro die) bei Hypertonie prophylaktisch bewährt haben.

Neben Rhodapurin sind bei Hypertonie salinische Abführmittel (Karlsbader Salz) zu empfehlen.

Von weiteren Mitteln üben eine günstige Wirkung auf die Hypertonie: Calcium lacticum 0,5 halbe Stunde vor den Mahlzeiten, Antihyperton, Alival 3 mal pro Woche 1 Ampulle intramuskulär, dann Subtonin, Animasa forte, Vasotonintabletten, Viscysatum-Bürger. Von weiteren Mitteln seien u. a. genannt Rhodan-Calcium-Diuretin, Aortalgin und das Pacyl.

Bei klimakterischer Hypertension gibt man Klimasan, Ovowop, Ovobrol oder Ovoglandol.

Bei Dysbasia intermittens kommt vor allem lokale Wärmebehandlung (heiße Umschläge, Bäder, Glühkasten) in Betracht. Einreibungen mit Jodvasogen. Das Impletol übt eine günstige Wirkung aus. Auch ist ein Versuch mit Kallikrein und Myotrat gerechtfertigt.

Bei der angiospastischen Form der Dysbasie verordnet man Chinin. hydrochl. 0,15 3 mal täglich.

XIII. Die Therapie der Encephalorrhagie und Encephalomalacie.

Bei frischer Apoplexie Lagerung mit erhöhtem Oberkörper. Eisblase. Ein Aderlaß ist nur dann indiziert, wenn eine Encephalorrhagie (gespannter Puls, gerötetes Gesicht) anzunehmen ist. Nach dem apoplektischen Insult verabfolgt man 10—14 Tage lang 5—10 ccm. 50% sterile Traubenzuckerlösung intravenös. Hierauf ist es empfehlenswert, 2—5 Tage lang Impletolinjektionen anzuschließen. Auch eine Lumbalpunktion ist von Nutzen. Man läßt bis 20 ccm Liquor ab. Um eine Gehirnblutung zum Stehen zu bringen, kann ein Versuch mit der Injektion von Secale-cornutum-Präparaten (Secacornin, Secalysatum) gemacht werden. Bei Unruhe und Schlaflosigkeit Sedativa und Hypnotica. Später ist eine Kur mit Jodpräparaten angezeigt. Daneben vorsichtig passive Bewegungen der gelähmten Gliedmaßen, Massage, Galvanisation.

XIV. Die Therapie der von den Meningen ausgehenden Krankheiten.

Bei der Meningitis purulenta, die einem Eiterungsprozeß am Schädel ihren Ursprung verdankt, ist möglichst die Beseitigung des Eiterherdes anzustreben. Solange die Entzündung noch lokalisiert ist, sind die Aussichten am günstigsten. Wiederholte Lumbalpunktionen leisten gute Dienste. Die Punktion kann in Zeiträumen von 2—3 Tagen wiederholt werden. Sie wirkt schmerzstillend und beseitigt oft die intensiven Kopfschmerzen. Medikamentös sind intralumbale Injektionen von Trypaflavin zu empfehlen. Man hat in der letzten Zeit bei der eitrigen Meningitis

mit Azetyleneinblasung ermutigende Resultate erzielt. Das Azetylen wird als Narzylen in Stahlflaschen bezogen. Der Liquor wird allmählich abgelassen und die Menge des Liquors durch ein 4—5 mal so großes Volumen Azetylen ersetzt, da das Azetylen rasch resorbiert wird. Im Anschluß daran wird durch Halsstauung und intravenöse Injektion von hypotonischer Kochsalzlösung die Liquorneubildung angeregt.

Auch bei der Meningitis cerebrospinalis epidemica sind wiederholte Lumbalpunktionen angezeigt. Man punktiert täglich oder alle 2—3 Tage und entnimmt jedesmal 10—20 ccm Liquor. In Verbindung mit der Punktion ist eine Serumtherapie zu empfehlen. Man verwendet das Meningokokken-, Antistreptokokken- oder Meningitisserum *(Merck)*. Nach vorheriger Entnahme von 20—30 ccm Liquor injiziert man z. B. 4—7 Tage lang die gleiche Menge Meningokokkenserum intralumbal. Sollte keine Besserung eingetreten sein, so kann nach einer Pause von vier Tagen die Kur bis zum Verschwinden der Symptome wiederholt werden. Die Serumtherapie kann mit der bei der Encephalographie geübten intralumbalen Lufteinblasung kombiniert werden. Der Kranke sitzt aufrecht: man sticht an der bekannten Lumbalpunktionsstelle ein und läßt zuerst 20 ccm Liquor ab. Hierauf werden mit einer sterilen Rekordspritze 5 ccm Luft in den Lumbalraum eingeblasen. Dann wieder 5 ccm Liquor abgeblasen, die durch die gleiche Menge Luft ersetzt wird. Diese Prozedur wird solange wiederholt, bis 80—100 ccm Liquor abgelassen sind, für die man 60—80 ccm Luft einbläst. Darauf wird der Kranke auf die Seite gelegt und es werden 20 ccm Meningokokkenserum in den Lumbalraum injiziert. Nach dem Eingriff kommt der Kranke ins Bett. Dabei wird der Oberkörper tiefer gelagert, damit das Serum in die Hirnkammern fließen kann. Dieser Eingriff wird einen jeden Tag bzw. alle zwei Tage bis zum Abklingen der stürmischen Erscheinungen wiederholt. Gleichzeitig bekommt der Kranke 1 mal täglich eine Injektion von 10 ccm einer 40% sterilen Urotropinlösung intravenös. Daß bei dieser gewissermaßen spezifischen Therapie die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werden darf, versteht sich von selbst. Bei der tuberkulösen Meningitis sind neben der Behandlung des Grundleidens wiederholte Lumbalpunktionen nützlich. Zur Bekämpfung der Erregungszustände sind Sedativa am Platze. Auch bei der Meningitis serosa sind häufige Lumbalpunktionen von guter Wirkung. Daneben werden Einreibungen mit Unguentum cinereum empfohlen.

XV. Die Therapie der Erkrankungen des Gehirns.

Bei den Hirntumoren ist die erstrebenswerte Therapie die Radikaloperation, d. h. die vollständige Entfernung des Tumors. Die Prognose der Hirntumoren ist nicht einheitlich. Eine jede Tumorgruppe hat ihre eigne Prognose und Indikationsstellung. Zu den zahlreichsten Hirngeschwülsten gehören die Gliome. Ihre operative Prognose hängt von ihrem Sitz und ihrer histologischen Beschaffenheit ab. Bei abgegrenzten Großhirngliomen und gliomatösen Zysten ist die operative Prognose relativ gut. Schlechter sind die operativen Aussichten bei den subtentorialen Gliomen, bei denen aus diesem Grunde subokzipitale Entlastungstrepanation mit anschließender Röntgenbestrahlung empfohlen wird. Die abgegrenzten Markgliome, die gliomatösen Zysten, die Ependymome und Papillome sind in erster Linie operativ zu behandeln. Bei den Hypophysenadenomen ist eine primäre Röntgenbestrahlung angezeigt. Von diesen Tumoren lassen sich zwei Haupttypen unterscheiden, der adiposogenitale Typus (histologisch sog. chromophobes Adenom) und der akromegale Typus (histologisch sog. chromophiles Adenom). Besonders günstig wirken die Röntgenstrahlen auf die Hypophysentumoren vom akromegalem Typus. Versagt die Röntgentherapie, dann kommt ein operatives Vorgehen in Frage. Es gibt zwei Wege zur Hypophyse, den transsphenoidalen (durch die Keilbeinhöhle hindurch) und den transfrontalen (nach Wegklappung des Stirnbeins). Als Methode der Wahl gilt die partielle Exstirpation und Entlastung auf transsphenoidalem Wege. Tritt danach keine Besserung ein, so geht man »transfrontal«« vor und versucht den Tumor zu entfernen. In ganz verzweifelten Fällen beschränkt man sich auf die Entlastungstrepanation. Bei den Hypophysengangszysten ist (da Röntgenbestrahlungen erfolglos sind) immer ein operatives Vorgehen und zwar auf transfrontalem Wege angezeigt. Die Behandlung der Meningiome und Duraendotheliome scheint durch die Hochfrequenzchirurgie, die ein blutloses Operieren im Gehirn ermöglicht, aussichtsreicher geworden zu sein. Die Therapie der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren ist schwierig. Man empfiehlt heute statt Exstirpation eine partielle Enuekleation des Tumors, da bei der Radikaloperation die Mortalität sehr hoch ist (*Cushing*). Eine schlechte operative Prognose haben auch die Peritheliome, die plexiformen und kavernösen Angiome und die Konglomerattuberkel; eine günstigere Prognose dagegen die Dermoide, Cholesteatome und die angiomatösen Zysten. Als Dauerentlastung bei inoperablen Tumoren sowie als Notoperation bei akuten Druckzuständen unbekannter Ätiologie kommt die Entlastungstrepanation in Frage. Der Subokzipitalstich und der

Balkenstich haben sich nicht bewährt. Bei inoperablen Tumoren wird, wie gesagt, die Entlastungstrepanation mit anschließender Röntgenbestrahlung empfohlen.

Bei der zerebralen Kinderlähmung ist im akuten Stadium der Enzephalitis Bettruhe und Eisblase auf den Kopf zu verordnen. Weiter gibt man 2mal täglich 5 ccm einer 40% Urotropinlösung intravenös. Im Anschluß daran 2—3 Gramm Aspirin per os. Liegt eine Heredosyphilis vor, so ist eine energische antiluetische Kur (Rp. Hydrargyri bijodat. 0,01, Natr. jod. 0,01, Natr. Chlorat. 0,08, Aq. dest. 10,0 MDS. Steril z. Injektion) durchzuführen. Man injiziert von dieser Lösung bei ganz jungen Säuglingen jeden 2.—4. Tag 0,2—0,5 ccm, bei älteren jeden 2. Tag 0,5—1,0 ccm intramuskulär. Eine Kur dauert 6 Wochen. Bei späteren Defektzuständen ist eine physikalische Therapie (Bäder, Elektrisieren, Massage, Gymnastik, Übungen im warmen Bade) am Platze. Im übrigen ist bei der zerebralen Kinderlähmung die Therapie chirurgisch-orthopädisch. In Frage kommen Sehnenverlängerungen sowie Sehnendurchschneidungen. Um schwere Kontrakturen zu beseitigen, werden die sog. *Stoffel*sche (Durchschneidung der die Muskel versorgenden Nerven) und die *Förster*sche Operation (Durchschneidung einer Anzahl von hinteren Wurzeln der kontrakturierten Extremität) angewandt.

Bei der Bekämpfung der akuten Encephalitis epidemica steht die Serumtherapie an erster Stelle. Man verwendet das Rekonvaleszentenserum. Dabei beginnt man mit 10—20 ccm Serum intramuskulär und steigert die Dosis in Abständen von 4—5 Tagen langsam auf 60 ccm. Das Serum kann aus der Göttinger Nervenklinik bezogen werden. Die intraspinale Injektion des Serums hat sich nicht bewährt. Auch mit dem Poliomyelitis-Rekonvaleszentenserum, das man in Ermangelung von Encephalitisserum geben kann, sind Besserungen erzielt worden. Aber auch die Kombination von Rekonvaleszentenserum mit Trypaflavin wird empfohlen. Weiter kommt eine Reizkörpertherapie u. a. mit Dispargen, Elektrokollargol, Kalziumchlorid, Natrium salicylicum, Urotropin oder der Preglschen Jodlösung in Betracht. Die Silberpräparate haben sich bei der Encephalitis nicht bewährt. Großer Beliebtheit erfreut sich noch heute die sog. kombinierte Jod-Urotropin-Vakzineurin-Therapie. Dabei wird das Jod entweder in der Form der Preglschen Lösung oder als 10%-wässerige-Jodnatriumlösung verabfolgt. Von Urotropin gibt man 1—2 Gramm per os oder intravenös. In der akuten Phase der Erkrankung ist bei einer Reizkörpertherapie große Vorsicht geboten. In der Therapie der chronischen Encephalitis spielt das Atropin, das Skopolamin und die Arsenmedikation eine große Rolle.

Bei dem postencephalitschen Parkinsonismus werden folgende Kuren empfohlen:

1. Die sog. reine Atropinkur.
   Man verordnet die 0,5%-Lösung von Atropinum sulfuricum. Beginn mit 3mal täglich 1 Tropfen, in regelmäßigen Abständen, dann 2mal pro die um 1 Tropfen steigen. Wenn Nebenerscheinungen (Unruhe, Herzschwäche, Atemstörungen), nicht mit der Dosis steigen (stehenbleiben), aber nicht aussetzen, da sonst eine Verschlimmerung eintreten kann.
2. Die Skopolamin-Harminkur.
   Es wird das Skopolamin mit kleinen Harminmengen kombiniert.
3. Die Atropin-Pilokarpinkur.
   Diese Kur hat den Vorzug, daß das Pilokarpin (die Pilokarpindosis darf niemals 0,01 überschreiten) die unerwünschten Nebenerscheinungen hoher Atropindosen beseitigt (s. auch die Behandlung der Paralysis agitans).
4. Die Stramoniumkur.
   Man verabfolgt 0,3—0,5 der pulverisierten Blätter in Pillenform täglich. Bei nur geringer Besserung kann man die Dosis bis 1,0—1,5 Gramm steigern.
5. Die Parkinsankur.
   Das Parkinsan (Calw/Württemberg) soll bei postencephalitischem Parkinsonismus gute Dienste leisten.

XVI. Die Therapie der spinalen Kinderlähmung.

In akutem Stadium verordnet man kalte Umschläge, eine Eisblase auf den Kopf oder ein laues Bad mit kühlen Übergießungen. Innerlich gibt man Kalomelpulver 0,03—0,05 2—3stündlich, um eine leichte »Ableitung auf den Darm« zu erzielen. Weiter kommt Urotropin (0,25—0,5 Ampulle der 40%-Lösung) als intramuskuläre oder intravenöse Injektion in Betracht. Auch Lumbalpunktionen sind zu empfehlen. Wenn die Krankheit in das Lähmungsstadium getreten ist, leistet das Strychnin gute Dienste. Rp. Tinct. Strychn. 5,0, Tinct. Rhei vinos. 25,0 DS. 3mal täglich 5—15 Tropfen. Daneben gibt man Sol. Fowleri 3mal 5 Tropfen steigend bis 3mal 15 Tropfen und zurück. Auch das Tetrophan täglich 2—4 Tabletten wird empfohlen, ebenso das Neurosmon. Zur Kräftigung des Körpers verordnet man lauwarme Sol- oder Fichtennadelnbäder. Neuerdings sind Röntgenbestrahlungen mit Erfolg angewandt worden, ebenso die Diathermie. Mit der elektrischen oder Massagebehandlung soll man nicht vor Ablauf der 2.—3. Woche beginnen. Günstig soll auch das Glykokoll (teuer) auf das Leiden wirken. Man verordnet 3mal täglich 5 Gramm Glykokoll.

XVII. Die Therapie des Hydrocephalus.

In der Behandlung des Hydrocephalus kann die Lumbalpunktion recht günstig wirken. Man punktiert alle 3 Wochen. Medikamentös kommen Quecksilber- und Jodkuren (Jodkali und Ung. cinereum) in Betracht. Von den Chirurgen wird die »Ableitung in den Längssinus« n. *Payr* oder »unter die Galea« n. *Mikulicz* oder »in den Subduralraum« nach *Kocher* sowie der Balkenstich nach *Anton* und *Bramann* empfohlen.

XVIII. Die Therapie der endokrinen Störungen.

Bei der Therapie der *Basedow*schen Krankheit kommt es vor allem auf die sorgfältige Regelung der gesamten Lebensbedingungen des Kranken an. In den ersten Wochen ist Bettruhe zu empfehlen. Daneben eine ovolactovegetarische Kost. Bei Diarrhoen ist die Milch zu »gummieren«. Weiter wirken günstig:

1. leichte hydrotherapeutische Maßnahmen — kühle Abreibungen, kohlensaure Bäder.
2. Elektrotherapeutisch kommt die Galvanisation des Halssympathicus in Betracht.
3. Höhenluftkuren.

Medikamentös sind Arsenkuren (Sol. Fowleri 3mal täglich 3—8 Tropfen, Arsamon, Arsen-Feometten, Arsen-Promonta) von guter Wirkung. Weiter kommen in Betracht: Das Natrium phosphoricum 6—10 Gramm pro die in Wasser oder Milch oder noch besser das Calcium glycerinophosphoricum 4mal täglich 0,25. Und Brompräparate (Brosedan, Brom-Nervacit, Bromural), sowie Valerianapräparate (Bornyval, Valyl, Baldrinorm), am besten als Baldriantee. Zu empfehlen ist auch das Antithyreoidin-Merck. Man verordnet täglich 2—4 Tabletten. Dann das Rodagen (teuer!), man gibt täglich 5—10 g. Die Besserung stellt sich erst nach 2—3 Wochen ein. Ferner wirken günstig das Recresal 3mal täglich 2 Tabletten oder die Jodtherapie nach *Neißer*. Rp. Sol. Kali jod. 1/20. Man verordnet 3mal täglich 3 Tropfen und steigt alle 4 Tage um einen Tropfen bis dreimal täglich 10—20 Tropfen. Bei Herzklopfen aussetzen (!). Oder die Arsen-Jodtherapie nach *Mendel*. Rp. Atoxyl. 1,0, Natr. jod. 8,0, Aq. dest. ad 40,0 DS. Steril z. Injektion. Davon gibt man 2 Wochen lang jeden 2. Tag 2,0 ccm intravenös, danach alle Woche nur 2 Injektionen. Auch das Jodarsyl leistet gute Dienste. Von guter Wirkung ist auch das Hepatrat, ebenso das Gynergen, von dem man täglich 2—4 Tabletten zu 1 mg oder 2—4mal 15 Tropfen einer 1%-Lösung verabfolgt. Weiter sind zu erwähnen die sog. Solvitren-Kur nach Bier und das Tyro-

norman. Schließlich sei noch auf Röntgenbestrahlung und auf die chirurgische Behandlung des Basedow hingewiesen.

Die Therapie des Myxoedems besteht im Darreichen von Schilddrüsenpräparaten (Jodothyrin, Thyraden). Man verordnet 5—6 Tage lang 3—5 Thyradentabletten täglich, dann 4 Tage Pause. Nach Besserung des Leidens geht man zu einer dauernden Verabreichung von kleinen Thyreoiddosen über. Von weiteren Präparaten seien u. a. genannt das Thyreo-Glandosan, 3mal täglich 1—2 Tabletten, das Thyreoidinum siccum, Thyreoglandol, Thyreoglobulin, Thyreonal, Thyreototal, Thyreophorin, Thyropurin, Thyrewop und schließlich das Thyroxin-Schering.

Bei der Addisonschen Krankheit hat sich die Applikation von Adrenalin als subkutane Infusion (1 ccm einer 1%-Adrenalinlösung auf 250,0 physiologischer Kochsalzlösung) nicht bewährt, ebenso sind die Erfolge mit dem trockenen Nebennierenextrakt (1 g pro die) nicht sehr ermutigend. Empfehlenswert sind neben einer Mastkur Arsen und Eisenpräparate.

Bei der Akromegalie, die auf einer Erkrankung der Hypophyse, und zwar auf einer Hyperfunktion ihres drüsigen Anteils, in der Regel hervorgerufen durch einen Tumor, beruht, kommt therapeutisch evtl. eine Extirpation der Hypophyse in Betracht (*Eiselsberg*, *Cushing*). Auch eine Röntgentherapie der Akromegalie wird empfohlen (*Nemenow*, *Jugenburg*, *Michalowsky*, *Rahm*, *Heidrich*). Medikamentös verordnet man Arsenkuren (Sol. Fowleri) von längerer Dauer und das Hypophysen-Glandosan 3mal täglich 1—2 Tabletten n. d. Essen.

Die Behandlung der Degeneratio-adiposogenitalis besteht in der Verabreichung von Hypophysenpräparaten. Man verordnet am besten das Hypoloban 3mal täglich 1—2 Tabletten. Von weiteren Mitteln werden empfohlen das Hypophysen-Hinterlappen-Glandosan 3mal täglich 1—2 Tabletten n. d. Essen, das Tenuigen täglich 2—3 Tabletten, das Hypophysis cerebri sicc. 2—3mal täglich 1 Tablette zu 0,1, weiter das Hypormon und das Hypototal 3mal täglich 1—2 Tabletten.

XIX. Die Therapie der »vasomotorisch-trophischen Neurosen«.

Bei der Akroparaesthesie sind die Chininkuren von günstiger Wirkung. Man verordnet vor dem Schlafengehen Chinin. sulfuric. 0,5. Noch wirksamer ist die Verbindung von Chinin mit Phosphor, das Chininphytin. Man gibt 3mal täglich 2 Tabletten zu 0,1. Daneben sind Faradisation, feuchtwarme Einpackungen und im Klimakterium eine Hormontherapie (Oototal, Oophorin, Ovoglandol, Ovarium-Panhormon) zu empfehlen. Bei

der Raynaudschen Krankheit erfreuen sich, außer den örtlich günstig wirkenden Mitteln wie Heißluft, Massage, Föhn mit anschließender Eisanwendung sowie Wechselbädern das Insulin und Padutin gewisser Beliebtheit. Am besten wirkt noch heute das Arsen in Gestalt der Fowlerschen Lösung, der Strychnin oder Chinin hinzugesetzt werden kann. Auch die Stauungstherapie n. Bier leistet gute Dienste. Man erzeugt eine Gefäßerweiterung mittels einer Saugglocke, die an ein Wasserstrahlgebläse angeschlossen ist. Die Stauung wird täglich 2mal durchgeführt. Die dabei auftretenden Schmerzen werden mit Morphin oder Novokain bekämpft. Nach der Saugung muß der Kranke gymnastische Übungen machen. Hierauf bekommt er ein Wechselbad mit anschließender kurzer Föhnbehandlung. Mit dieser Methode lassen sich schon in 2—3 Wochen beachtliche Erfolge erzielen. Eine Operation kommt nur bei schweren Fällen in Frage. Von einer Applikation des faradischen Stromes ist abzusehen. Die Behandlung der Sklerodermie besteht in der Verordnung von Eisen- und Arsenpräparaten in Verbindung mit Hydrotherapie. Zu empfehlen sind in erster Linie warme Bäder (Fango, Moorbäder) sowie Dampf- und Heißluftbäder. Leichte Massage. Medikamentös kommen vor allem Salizylpräparate (Aspirin, Salol, Natrium salicylicum) in Betracht. Auch Fibrolysininjektionen entfalten eine günstige Wirkung. Ein Versuch mit der Darreichung von Thyreoidin in kleinen Dosen (2mal 0,05 Thyreoidin-Merck) ist gerechtfertigt. Sind plurigländuläre Ausfälle anzunehmen, so kombiniert man mit Keimdrüsen-Hypophysen- oder Nebennierenpräparaten oder man verordnet fertige Kombinationspräparate (Lipolysin, Inkretan).

Beim neurotischen Hydrops (circumskriptes Hautoedem n. *Quincke* u. der neurotische Gelenkhydrops) wirken Kalziumpräparate recht günstig. Man verordnet Kalzan 3mal täglich 3—4 Tabletten, Kalkinjektionen n. Dr. *Laves* intravenös, Kalk-Appeton 3mal täglich 2 Tabletten, Afenil jeden 2. Tag eine intravenöse Injektion, Calcimellen täglich 6—8 Tabletten, Calcimint 3mal täglich 2—3 Tabletten, Calcipot, Calcium-Sandoz, Calcium phospho-lacticum solubile u. a. m. Auch Keim- und Schilddrüsenpräparate kommen in Betracht, sowie eine Chininmedikation (Chinin. sulfuric. 2mal 0,25 pro die). Die Kost soll möglichst ovo-lacto-vegetarisch sein. Regelmäßige kalte Abwaschungen sowie Flußbäder sind von Nutzen. Bei Herpes zoster verordnet man eine 3—5% Anästhesinsalbe oder Vasenol-Puder. Zugleich gibt man Antineuralgica (Neuramag, Togal, Gelonida antineuralgica, Veramon oder intramuskuläre Impletolinjektionen).

XX. Die Therapie der Migräne.

Wichtig ist bei der Migräne die Regelung der Diät. Zu empfehlen ist eine ovo-lacto-vegetarische Kost. Von Medikamenten wirkt das Arsen, besonders bei einer Migräne, die auf dem Boden einer Anämie entstanden ist, günstig. Am besten als Sol. Fowleri. Noch besser ist die Kombination der Arsenmedikation mit einer Bromkur (2,0—5,0 Gramm pro die), die über mehrere Monate ausgedehnt wird. Anstatt Brom kann man auch Luminal in kleinen Dosen verordnen (0,05—0,1). Von weiteren Mitteln sei das Thelygan und die Eierstockpräparate Prokliman und Klimova erwähnt. Ausgezeichnete Erfolge lassen sich mit Gynergeninjektionen (0,5 subkutan) erzielen. Man kann das Gynergen auch in Tabletten (2—3 Tabletten täglich) verordnen und muß die Kur längere Zeit fortsetzen. Gute Dienste leisten auch Luminal-Natrium-Injektionen, die mehrere Wochen hindurch fortgesetzt werden müssen. Man injiziert täglich 0,5—1,0 ccm von einer 20% Luminal-Natrium-Lösung. Auch Impletol-Injektionen, sowie intramuskuläre Injektionen von Migräneserum kommen in Frage. Von ausgezeichneter Wirkung sind ferner die Moloid-Tabletten (0,25—0,5 täglich). Die Behandlung muß mehrere Monate durchgeführt werden. Der Migräneanfall wird mit Antineuralgica (Eu-Med, Allional, Migräninin) bekämpft. Wohltuend wirken im Anfall kalte Umschläge, Einreiben der Stirn mit 20% Mentholspiritus. Sollte der Erfolg ausbleiben, so ist eine Reizkörpertherapie angezeigt. Man macht 2 mal wöchentlich Eigenblutinjektionen oder verwendet das Vaccineurin.

XXI. Die Therapie der Epilepsie.

Die Behandlung der Epilepsie ist eine hygienisch-diätetische (1.), medikamentöse (2.), chirurgische (3.) und physikalische (4.). Wichtig ist vor allem die Regelung der Lebensweise und der Diät. Eine ovo-lacto-vegetarische Kost ist von Nutzen. Alkohol, Tabak, starker Kaffee und Tee sind zu verbieten. Medikamentös kommen folgende Kuren in Betracht:

1. Die Bromtherapie.

In der Bekämpfung der Epilepsie gebührt dem Brom auch heute noch der Vorrang. Man verordnet das Brom als sog. Erlenmeyersche Mischung (Bromkalium und Bromnatrium 1 Teil, Bromammonium 0,5 Teil) oder als Sandows brausendes Bromsalz. Man beginnt mit 2—3 Gramm und steigt bis 4—6 Gramm pro die. Um die Wirksamkeit des Broms zu steigern, ist es angezeigt, eine salzarme Kost zu verordnen. Bei Bromismus gibt man Sol. Fowleri und 20% Salzwasserumschläge auf die erkrankten Hautteile. Auch Adonis vernalis steigert die

Wirkung von Bromalkalien *(Bechterew)*. Man verordnet: Rp. Kali bromati 20,0, Codeini phosphorici 0,2. 1% Inf. Adonidis vernalis ad 300,0 MDS. 3—4 mal täglich 1 Eßlöffel. Sehr zweckmäßig ist die Brommedikation in Form des Bromhosal, denn es verbindet die Vorzüge einer kochsalzarmen Kost mit der Bromdarreichung. Man gibt 3—6 Gramm Bromhosal pro die. Auch Valeriana unterstützt die Bromwirkung. Das Präparat Adamon (Brom mit Valeriana) soll von günstiger Wirkung sein, ebenso das Baldrianinfuß mit Brom. Wenn Brom schlecht vertragen wird, so ist eine Kombination von Brom mit Atropin oder Extract. bellad. (Bromnatrium 1,0 plus Extract. bellad. 0,01 als Tablette) zu empfehlen. Auch das Sedobrol leistet gute Dienste. Die Opium-Brom-Kur eignet sich nur für die Klinik.

2. Die Luminaltherapie
der Epilepsie steht an zweiter Stelle. Man beginnt mit 2 mal 0,05 und steigt auf 0,1—0,2 pro die. Bei Anfällen, die sich durch bestimmte Vorboten melden, gibt man Abends Luminal 0,3 oder Luminalnatrium intramuskulär. Von günstiger Wirkung ist auch das Prominal (1,0—2,0 täglich). Das Prominal hat den Vorzug, daß die Müdigkeitskomponente, welche dem Luminal anhaftet, wegfällt. Die Kranken sind bei Prominalmedikation psychisch freier. Auch die Kombination von Luminal mit Bellafolin wird empfohlen *(Meggendorfer)*. Das Präparat führt den Namen Belladenal.

3. Die Bortherapie
der Epilepsie hat sich durchaus bewährt. *(Gowers, P. Marie, Crouzon, Féré.)* Verwandt wird das Natrium biboracicum, am besten in folgender Verordnung: Rp. Borac. purissim., Glycerin. ana 20,0, Aq. dest. 300,0 MDS. 3 mal täglich ein Eßlöffel. Auch das Kalium-borico-tartaricum wird empfohlen.

4. Die Therapie mit Kombinationspräparaten.
Sehr zu empfehlen ist die Brom-Luminalkur. Man verordnet Morgens die Bromdosis und Abends das Luminal.

5. Die kombinierte Ovowop-Prominaltherapie.
Mit dieser Behandlungsmethode läßt sich insbesondere die sog. menstruelle Epilepsie günstig beeinflussen.
Weiter leisten gute Dienste die Episantabletten *Berendsdorf*, abwechselnd mit Bromhosal, oder das Epileptol-*Rosenberg* 3 mal täglich 10—25 Tropfen in Wasser z. n., oder das Somnospasmosan 2—4 Eßlöffel täglich.

6. Die Therapie des Status epilepticus besteht in der Anwendung von Isopral (Klysma 3—6 Gramm) oder Amylenhydrat per Klysma. Gut wirkt auch eine intravenöse Somnifeninjektion

(2,0 ccm). Ich habe gute Erfolge von Lumbalpunktionen (Ablassen von 10—30 ccm Liquor) gesehen. Die Anfälle hörten meist sofort auf. Anschließend kann man intramuskulär eine Luminal-Natriuminjektion geben. Bei Epilepsien, die sich auf dem Boden einer Lues oder Arteriosklerose entwickeln, ist eine entsprechende Behandlung durchzuführen.

Eine chirurgische Therapie der Epilepsie kommt in erster Linie bei den traumatischen Formen der Epilepsie in Frage. Die Nebennierenextirpation hat die gesteigerte Krampffähigkeit der Hirnrinde nicht herabzusetzen vermocht. Die Erfolge bei periarterieller Sympathektomie sind zweifelhaft. Bei gehäuften schweren Anfällen habe ich mit gutem Erfolg die Encephalographie angewandt. Es wurden nach und nach 60 bis 100 ccm Liquor abgelassen und durch die gleiche Menge Luft ersetzt. Die Anfälle blieben monatelang aus und in fünf Fällen konnte ich die Beobachtung machen, daß die Kranken bis über drei Jahren anfallsfrei geblieben waren. Kontraindiziert ist die Encephalographie u. a. bei höherem Lebensalter (über 50 J.), Arteriosklerose, Hypertonie, Herzleiden. Auch die physikalische Therapie der Epilepsie soll nicht vernachlässigt werden. Zu empfehlen sind kühle Brausebäder, Übergießungen mit stubenwarmem Wasser. Man kann auch kühle Ganzpackungen verordnen. Gute Dienste leistet bei der Epilepsie ebenso eine leichte Ganzmassage.

XXII. Die Therapie bei Menièrschem Symptomenkomplex.

Liegt eine Ohrerkrankung vor, so ist eine entsprechende Behandlung einzuleiten. Medikamentös ist die Jod-Bromkombination zu empfehlen. Man verordnet am besten das Brojosan 3 mal täglich eine Tablette nach dem Essen. Diese Brojosankur ist längere Zeit fortzusetzen. Auch das Luminal in kleinen Dosen ist von Nutzen (0,15—0,1). Ebenso kann ein Versuch mit Chinin (bis 1,0 Gramm pro die) gemacht werden. Sollte sich kein Erfolg einstellen, so ist eine Lumbalpunktion angezeigt.

XXIII. Die Therapie der Neurasthenie.

Bei der erworbenen Neurasthenie kommt es vor allem darauf an, alle schädigenden Momente zu beseitigen. Unterbrechung der Tätigkeit, Ruhe, Schonung, Pflege. Die Behandlung der Neurasthenie ist

1. eine diätetische.

Besonders bei Abmagerung ist eine Mastkur am Platze

(häufige kleinere Mahlzeiten). Alkohol, Tabak, Kaffee und Tee sind zu untersagen. Und

2. eine medikamentöse.

Wirksam ist eine Arsenkur z. B. Sol. Fowleri, Arsylen-Roche, Solarsoninjektionen, Elarson, Optarson. Auch Eisen sowie Arsen-Eisen-Präparate sind zu empfehlen (Arsenferratose, Arsenferratintabletten). Von Nutzen sind ebenfalls Nux vomica in Verbindung mit China. Rp. Tinct. Nuc. vomic. 10,0 Tinct. Chin. composit. 20,0 MDS. 3 mal täglich 20—30 Tropfen in Wasser zu nehmen. Bei Reizbarkeit gibt man Brom- oder Valerianapräparate (Bromural, Sedobrol, Adamon, Brosedan, Brom-Nervacit). Gegen Kopfschmerzen verordnet man u. a. Allional, Dormalgin, Eu-Med, Veramon. Die medikamentöse Behandlung ist zu unterstützen durch

3. Hydro- und Elektrotherapie verbunden mit Massage. Kalte Abreibungen, Kopfduschen, Vierzellenbäder sind von Nutzen. Daneben ist mäßiger Sport anzuraten. Wichtig ist eine regelmäßige Abwechslung von Ruhe, Bewegung und Tätigkeit. Und schließlich muß mit den genannten Methoden stets eine

4. zweckentsprechende psychotherapeutische Beeinflussung des Kranken verbunden werden.

Die Behandlung der traumatischen Neurasthenie wird nur dann Erfolg haben können, wenn alle Entschädigungsansprüche beseitigt sind. Die Therapie dieser Form der Neurasthenie erfolgt im übrigen nach den gleichen Grundsätzen, wie sie bei der erworbenen Neurasthenie angegeben wurden.

Auch bei der konstitutionellen Neurasthenie kommen dieselben Verfahren und Mittel in Anwendung, welche für die Behandlung der erworbenen Neurasthenie angegeben wurden. Nur steht bei dieser Neurasthenieform im Vordergrunde die psychische Behandlung. Es kommt darauf an, die reaktiven Momente im Gesamtbilde der Krankheit zu ermitteln und dort mit einer zweckentsprechenden Psychotherapie anzusetzen. Je nach Lage des Falles wird man die psychische Beeinflussung mit einer diätetischen, medikamentösen Hydro- und Elektrotherapie sowie Massage, Regelung der Lebensweise und mäßigem Sport kombinieren. Bei ängstlichen und deprimierten Kranken ist eine Opium- bzw. Pantoponkur von Nutzen. Man beginnt mit 3 mal 5 Tropfen und steigt bis 3 mal 15—30 Tropfen pro die, um hierauf allmählich auf die Anfangsdosis zurückzugehen.

Aus der Psychiatr. Universitätsklinik Waldau-Bern
(Direktor: Prof. Dr. *J. Klaesi*).

Über Wahnbildung bei Alkoholdeliranten.

Von

J. Wyrsch.

Alfred R., geb. 1882, Landwirt, verwitwet, angeblich erblich nicht belastet, war ein tätiger, etwas betriebsamer Mann, geachtet und wohl gelitten, »gemütlich«. In den letzten Jahren gelegentlich zu viel getrunken. Im Oktober 1932 wurde er überfallen und niedergeschlagen, war aber nicht völlig bewußtlos; seither alkoholintolerant. Im Herbst 1933 viel Kopfweh und Schwindel, er gerät auch immer mehr ins Trinken hinein und erscheint am 6. Oktober ohne Vorladung bei den Behörden und beklagt sich heftig, daß ihn der Ortspolizist des Ehebruchs, Diebstahls und anderer Verbrechen anklage. Da dies nicht zutrifft und er den Eindruck eines Geisteskranken macht, wird er zunächst ins Kantonspital in L. eingewiesen. Bei der Aufnahme fallen dort Erregung, Halluzinationen und grobschlägiger Tremor auf: er ist in höchster Angst, hält die Lampe für ein Geschütz, die Injektionsspritze für ein Gewehr, halluziniert einen Engel, verlangt stürmisch zu beichten, betet unaufhörlich. Vom 8. Oktober ab wird er dann ruhiger und klarer und am 10. Oktober in die Anstalt St. Urban überführt. Hier ist er beim Eintritt ruhig, örtlich orientiert, zeitlich dagegen nicht, Stimmung euphorisch, Galgenhumor, keine spontanen Halluzinationen, kein Liepmann. Ohne auffallenden Schlaf bleibt R. auch weiterhin ruhig. Sehr lebhaft und mit starkem Affekt erzählt er dann Folgendes über die Erlebnisse der letzten Tage: wegen seiner Kopfschmerzen hätte er zu Hause viel getrunken; man hätte dann Drähte beim Fenster ins Zimmer hineingestoßen, wahrscheinlich um ihn zu beobachten; man sprach allerlei über ihn, er wisse selbst nicht mehr was; schließlich sagte der Polizist, er müsse zur Behörde; er sei hingegangen und dort hätte er wiederum gehört, wie der Polizist vor andern ihn verklagte und behauptete, er hätte gestohlen, er hätte mit seinen Haushälterinnen zusammen gelebt, hätte mit dem Vieh Unzucht getrieben, hätte gewuchert und sei ein Gültenschelm. Ob man ihm dies alles ins Gesicht hinein sagte, wisse er nicht mehr, er habe aber gehört, wie der Polizist alles einem andern in die Feder diktierte; er befand sich währenddessen im gleichen Zimmer, aber es sei ihm etwas schwindlig gewesen. Er habe reklamiert, aber die Polizisten sagten zueinander: den »Chaib« sollte man gleich nehmen und durchprügeln. Darauf brachte man ihn ins Kantonsspital. Es war ihm so schlecht; das Herz wollte nicht mehr, und er glaubte, sterben zu müssen, weshalb er zu beichten verlangte. Er hörte dann aber wieder, wie der Polizist dem Priester im Korridor zuredete und ihn verschimpfte, er sei der traurigste Hallunke und Freimaurer und Fötzel, der Teufel hole ihn doch, es habe keinen Wert, ihn beichten zu lassen. Zuletzt verlangte der

Polizist noch, der Priester solle ihm nachher sagen, was der Patient gebeichtet hätte, wovon nun der Geistliche allerdings nichts wissen wollte. Während er beichtete, müsse der Polizist aber ein Mikrophon oder so etwas eingeführt haben, denn er hörte hie und da, wie er ihm nachplapperte und zuletzt behauptete, er hätte falsch gebeichtet, wobei der Priester aber widersprach. Auch im nebenan liegenden Saal hätte der Polizist ihn verleumdet und einige Kranke hätten alles nachgeplappert, eine Frau und andere hätten ihn aber in Schutz genommen. Man machte dann auch »Anwendungen« mit ihm, stäubte z. B. durch ein Loch in der Türe etwas hinein, und daraufhin sah er schwarze Männchen und Mäuse herumspringen, auch Schatten kamen gegen ihn.

Der Patient ist sich schon bei der Aufnahme in St. Urban darüber klar, daß es sich bei dem Letztgenannten um Halluzinationen handelt, und er erklärt sie durch seine »Verwirrtheit«. Dagegen hält er in den drei Wochen seines Anstaltsaufenthalts unerschütterlich daran fest, daß der Polizist ihn tatsächlich verleumdet hätte, und er ist um so mehr darüber empört, als der Polizist einer seiner guten Freunde ist. Trotz seiner gutmütig-gefühlsseligen Art hat er die feste Absicht, Klage einzureichen und Genugtuung zu verlangen, sobald er körperlich etwas gekräftigt sei. Erst als man ihm Briefe der Behörden und jenes Polizisten zeigen kann, worin jede Beschuldigung bestritten und er selbst sehr gerühmt wird, und erst als ihm auch seine Verwandten zusprechen, gibt er nach einigem Zögern zu, es könnte sich um Sinnestäuschungen gehandelt haben, und allmählich tritt dann nach Anstaltsaustritt die richtige Einsicht auf.

Vorleben, einzelne Symptome und Verlauf sprechen hier eindeutig für eine alkoholische Psychose. Das ganze Bild ist aber insofern ungewöhnlich, als eine Halluzinose mit dem deliriösen Syndrom gekoppelt ist, und zwar folgen die beiden Syndrome, wenn sich der Kranke in seinen Erinnerungen nicht täuscht, — über den Beginn haben wir ja bloß seine eigene Auskunft — zeitlich nacheinander. Der Erfahrene weiß ja nun, daß solche »atypischen Delirien« häufiger sind, als man bei einer flüchtigen Durchsicht der Literatur glauben könnte, denn dort finden sich nur selten kasuistische Mitteilungen z. B. in Arbeiten von *Chotzen* von 1906 und 1909, von *Goldstein* von 1907 und von *Stertz* von 1910. Auch dort geht übrigens jeweils die Halluzinose dem deliriösen Stadium voraus, wobei sich allerdings gelegentlich die beiden Bilder auch etwas vermischen, wie in unserem Fall.

Trotzdem würde es sich aber nicht lohnen, dieses atypische, aber doch eindeutige Krankheitsbild durch weitere Mitteilungen zu belegen, wenn bei unserem Kranken — und übrigens auch bei der einen und andern Krankengeschichte der eben genannten Arbeiten — nicht noch eine weitere Eigentümlichkeit bestünde. Bekanntlich pflegt beim Deliranten und sogar beim Alkoholhalluzinanten die Einsicht schlagartig oder nach kurzem Hin- und Herüberlegen einzutreten, sobald einmal die Sinnestäuschungen aufgehört haben. Was den deliranten Sinnentrug, also die Mäuse,

Männchen, Schatten anbetrifft, so geschah dies ja auch bei unserm Alfred R. Ganz anders aber verhält er sich nun den Gehörshalluzinationen gegenüber. Sie behalten für ihn den Wirklichkeitscharakter auch nach Abklingen der akuten Erscheinungen; mit andern Worten: wir haben hier einen »Residualwahn« (*Wernicke, Neißer*). Das gleiche trifft beim folgenden Fall zu, der noch mitgeteilt sei, bevor wir auf die Frage der Wahnbildung, die hier für uns einzig von Interesse ist, näher eingehen.

Heinrich B., geb. 1882, Bauarbeiter; ob erblich belastet, war nicht zu erfahren; von Charakter gesellig, leichtlebig, politisch bei der Opposition tätig, begann nach dem Tode der ersten Frau 1918 zu trinken; da eine zweite und dritte Ehe unglücklich verliefen und geschieden, bzw. getrennt werden mußten, fand er sich nicht mehr in ein nüchternes Leben zurück. In der letzten Zeit haushaltete er allein, war meist arbeitslos. Am 7. Oktober 1932 erschien er abends bei der Polizei und suchte Schutz vor angeblichen Verfolgern, die ihn angeblich nachts jeweils hypnotisierten. Der Aufforderung nach Hause zu gehen folgte er dann nicht, sondern ging in die Wirtschaft eines Parteifreundes zum Übernachten. Von dort wurde die Polizei am nächsten Morgen in der Frühe angerufen, B. hätte in der Nacht gelärmt und zwei Federdecken aufgeschnitten und behauptet, es müssen sich Kinder darin befinden, die um Hilfe riefen. Dem herbeigerufenen Arzt klagte er mit höchster Entrüstung und mit anschaulicher Beredsamkeit, aber etwas unzusammenhängend, wie er allnächtlich durch einen Apparat geplagt und bestrahlt werde; dabei war er orientiert und halluzinierte zur Zeit nicht mehr. Er wurde dann sofort in die Anstalt St. Urban übergeführt, was er ruhig geschehen ließ. Hier benahm er sich immer geordnet, war klar, orientiert, halluzinierte nicht mehr, keine Bewußtseinstrübung; außer feinschlägigem Tremor auch keine körperlichen Störungen.

Seine Erlebnisse beschrieb er nach einigen Tagen, immer noch mit viel Gefühlsaufwand und sinnlich anschaulich, aber doch schon geordneter wie folgt: in den letzten vier Nächten vor der Aufnahme sei er allabendlich geplagt worden. Zuerst sei ein junger Mann zu ihm ins Zimmer gekommen und habe ihn gefragt, ob er ihm mit seinem Apparat etwas vormachen dürfe; daraufhin habe er ihn bestrahlt, der Apparat habe geleuchtet und gegen ihn Gift gespritzt, wobei der Patient einen abnormen Geruch in der Nase spürte, und dann habe er ihm eine Menge beweglicher Bilder an die Wand gezaubert, bis er ganz aufgeregt und verwirrt war. Am nächsten Abend begann der Zauber wieder, er merkte es aber schon, diesmal war es Marfini (N.B. ein in hiesiger Gegend beliebter Zauberkünstler), der in den nächsten Tagen in dem gleichen Dorf eine Vorstellung geben wollte und vorher die Sache noch einüben mußte und dafür ihn als eine Art »Medium« benützen wollte; aber es sei doch sicher nicht erlaubt, einen auf diese Weise zu plagen. Er sah also wieder eine große Menge »Kinobilder« an der Wand, viele wüste Figuren, daneben auch wieder andere, sogar ein »Internationales Bordell in Tat und Wahrheit«. Im Zimmer war eine furchtbare Unordnung, Papierfetzen wirbelten herum, Zwerge tanzten, und alle Gegenstände waren in beständiger Bewegung, dazu war ein großer Lärm. Einmal wollte er auch sehen, ob sich ein solches Männchen greifen lasse; allein wie er darnach griff, war es verschwunden, trotzdem die andern Erscheinungen

daneben fortbestanden. Am Morgen gegen die Dämmerung hin verschwand alles; er schlief ein und, als er erwachte, war das Zimmer wieder vollständig in Ordnung. Tagsüber sah er dann wieder, wie schon am Vortag, nichts mehr; er ging stempeln, spazieren und ins Wirtshaus und blieb unbehelligt. Erst am Abend seien dann wieder Leute mit Lichtern auf ihn zugekommen und hätten ihn verfolgt und hypnotisiert, und darum lief er auf die Polizei. Er hätte sich dann nicht mehr heimgetraut und ging in jene Wirtschaft. Dort konnte er aber auch nicht schlafen, sondern hatte das Gefühl, jene Burschen kämen wiederum, und der eine forderte den andern auf, auf einen Baum zu steigen und von dort aus mit dem Apparat wieder auf ihn zu spritzen. Morgens 4 Uhr sei er schon aufgestanden, um die beiden der Polizei zu verzeigen. Die Polizei bestritt zwar nachher, daß er bei ihr gewesen sei, aber es sei doch geschehen. Nach der Rückkehr irrte er sich in der Zimmertüre und geriet in ein falsches Zimmer, und dort hörte er dann in jeder der beiden Federdecken ein Kind rufen: »Mann, helft mir auch, wir können nicht mehr heraus.« Er habe sofort zugegriffen, habe die Decken aufgerissen, habe geschwitzt vor Aufregung, habe mit dem ganzen Arm in den Flaum hineingegriffen und geglaubt, er könne sofort ein Kind herausziehen, habe den Kindern gerufen, aber keine Antwort erhalten und auch nichts gefunden. Da weckte er den Wirt, und sie telephonierten dann der Polizei.

Soweit die Erzählung. Der Patient war schon am ersten Morgen dafür einsichtig, daß er das Kindergeschrei nur halluzinierte, und daß auch die »Kinobilder« eben nur Bilder waren, allein er erklärte, dies alles sei eben nur durch die »Bestrahlung« verursacht gewesen. Durch das Gift, das Marfini spritzte, und durch die »Experimente«, die er, wer weiß warum, gerade mit ihm machte, seien seine Sinne verwirrt geworden. An dieser Ansicht hielt B. während seines zweimonatigen Anstaltsaufenthaltes fest: er klagte nur darüber, daß er keine Zeugen habe, um gegen Marfini gerichtlich vorgehen zu können, aber er werde es ihm sonst noch einmal eintränken. Die Erinnerung an die Halluzinationen blaßte dabei aber zusehends ab; neue Wahnideen wurde keine gebildet, auch als der Patient wegen Trunksucht bevormundet wurde. Erst ein halbes Jahr nach der Entlassung berichtigte B. allmählich seine Wahnideen.

Das Absonderliche dieses szenenhaften Alkoholdelirs — etwas anderes kommt ja gar nicht in Frage — besteht einmal darin, daß die deliranten Erscheinungen bloß nachts auftreten, während Heinrich B. tagsüber besonnen und orientiert ist, und daß ferner alle akuten Symptome mit dem Anstaltseintritt ohne kritischen Schlaf verschwinden. Trotzdem geht diese Psychose weit über das hinaus, was *Kraepelin* ein abortives Delir nennt. Unter einer großen Reihe von Krankengeschichten von Deliranten, die früher begreiflicherweise häufiger veröffentlicht wurden (z. B. *Liepmann*), als in jüngster Zeit, fand ich einzig in einer Arbeit *Sander*s aus dem Jahre 1868 etwas ähnliches.

Allein diese Spielarten des Alkoholdelirs, wie sie in den beiden Fällen vorliegen, interessieren uns nun hier nur insoweit, als nur bei ihnen, aber nie bei der klassischen Form dieser Krankheit,

eine Wahnbildung von einiger Dauer auftritt, soweit ich wenigstens neben der eigenen Erfahrung die Literatur überblicke. »Eine Neigung, die disparaten Erlebnisse in geordneten Zusammenhang zu bringen, geht dem Deliranten völlig ab« schrieb seinerzeit *Bonhoeffer*. Unser zweite Fall zeigt das Gegenteil: die Erlebnisse werden zu einem »Erklärungswahn« (*Wernicke*) zusammengeschmolzen, für den keine Einsicht eintritt, auch nachdem die Sinnestäuschungen ausgesetzt haben, wodurch das Krankheitsbild — nebenbei gesagt — auch gegen die sog. systematisierende Form des Delirs abgegrenzt wird, die *Bonhoeffer* als Übergangsform zur akuten Halluzinose beschreibt.

Dieser Umstand, daß nur atypische Delirien von Wahnbildung begleitet sind, ist bereits ein erster Ansatz zur Beantwortung der Frage, warum es überhaupt zu »Residualwahn« kommt. *Stertz* ist vor vielen Jahren dieser Frage in einer größeren Arbeit nachgegangen und hat dabei folgende vier Ursachen genannt: die anscheinend geringere Bewußtseinstrübung während des Delirs, das Auftreten systematisierender Ideen, den lytischen Ausgang und die »mangelnde Initiative und Energie zu kritischer Gedankentätigkeit als Teilerscheinung eines stuporösen oder euphorisch gefärbten Schwächezustandes«.

Daß der letztgenannte Punkt in unsern beiden Fällen ganz und gar nicht zutrifft, braucht wohl nicht bewiesen zu werden. Hier sehen wir ja sogar das Gegenteil: unsere beiden Halluzinanten haben gerade zu viel Initiative, um über ihre Halluzinationen kritiklos und unbedenklich hinwegzugehen, sie nehmen im Gegenteil Stellung, ziehen ihre Schlußfolgerungen und lassen nicht alles über sich ergehen wie unbeteiligte und stumpfe Zuschauer. Sie haben beide, wie man sich auch nachträglich noch überzeugen konnte, einen Stich ins Expansive, beinahe ins Hypomanische und, wenn auch die bekannten Ansichten von *Specht* und *Ewald* über die Zusammenhänge zwischen manischer Verstimmung und Paranoia wohl etwas übers Ziel hinaus schießen, so läßt es sich doch nicht leugnen, daß ein hypomanisches Temperament der Wahnbildung, wenigstens vorübergehend, Vorschub leisten kann. So mag es sich vielleicht auch in unsern Fällen verhalten. Um ein Gegenbeispiel aufzuführen: vor kurzem sah ich bei einem Patienten unserer Klinik ein ganz ähnlich atypisch und szenenhaft verlaufendes Delir; aber bei diesem stumpfen, wenig regsamen, schizoiden Alkoholiker ist denn auch richtig nicht die geringste Wahnbildung erfolgt.

Die übrigen drei Punkte, die *Stertz* zur Erklärung des Residualwahns namhaft gemacht hat, und die ich mit den letzten Anmerkungen noch etwas erweiterte, haben nun allerdings etwas Bestechendes, allein sie befriedigen doch nicht völlig. Sie hinter-

lassen vielleicht sogar den Eindruck, als sei das Wesentliche hier noch gar nicht gesagt, und sie geben insbesondere auch keinerlei Antwort auf eine andere Frage, die mit der Frage nach der Entstehung des Wahns so eng zusammenhängt, daß sie eigentlich unausgesprochen immer mitgestellt ist: wieso kommt es denn zur Korrektur des Wahns? Als Voraussetzung für die Antwort auf beide Fragen ergibt sich weiterhin die Notwendigkeit zu untersuchen, was denn der Wahn in diesen Fällen eigentlich ist.

Daß der Wahn hier berichtigt wird — um damit anzufangen — ist eigentlich nicht so selbstverständlich, wie wir es hier zu nehmen pflegen, und schon dies deutet darauf hin, daß wir es mit einer besonderen Wahnform zu tun haben. Berichtigt wird hier nämlich der Wahn in des Wortes eigentlicher Bedeutung. Er wird nicht verdrängt oder abgespalten, gleichsam in den Kühlschrank gestellt, wie bei alten Paranoiden; er wird nicht sinnlos und unhaltbar, weil die vitale Stimmungslage sich ändert, wie dies ja etwa bei Melancholikern zutreffen mag; kein »gefühlsbetonter Komplex«, der an der Wurzel der Wahnbildung steckt, löst sich auf und wird unwirksam, wie *Bleuler* dies bei den einsichtigen Paranoikern annimmt, sondern es tritt echte Einsicht ein, und zwar auf rationalem Weg durch Nachdenken, Vergleichen, Zweifeln, Erwägen, Sich-überzeugen-lassen, kurz, auf die phänomenologisch gleiche Art, wie die Gesunden ihre Irrtümer einzusehen pflegen.

Darf man daraus schließen, daß der Wahn hier ähnlich strukturiert ist, wie der Irrtum des Gesunden? Die Art der Entstehung ist völlig durchsichtig: er ist nicht primär, sondern nur die Ausdeutung der Sinnestäuschung. Bei dem ersten der beiden Deliranten ist sogar dieses Wort noch fast zu viel, denn bei ihm handelt es sich ja nur um schlichte Hinnahme und Für-wahrhalten der Halluzinationen. Beim zweiten Deliranten tritt dazu noch die Verarbeitung zu einem geschlossenen Wahngebilde, das man jeweils früher Erklärungswahn zu nennen pflegte. Man könnte also gemäß dem ganzen Krankheitsbild vergleichsweise auch die Wahnbildung »exogen«, von außen aufgedrängt, nennen. Man kann auch sagen, der Wahn lege nur oberflächliche Komplexe frei, wie man dies von den Wahnideen der Deliranten von jeher gesagt hat. Mir scheint es, besser würde es heißen: der Wahn wird hier nicht als etwas erlebt, was notwendigerweise aus der Persönlichkeit und der zufälligen Situation hervorgeht, als etwas, was jetzt und hier so sein muß, wie bei den Paranoikern, weswegen denn auch aus allen deren Klagen immer eine gewisse Befriedigung heraus zu hören ist, daß sie die richtige Fährte gefunden haben. Sie sind, vergleichsweise gesagt, in ihrem Wahn wie zu Hause. Bei unsern beiden Deliranten aber besteht kein Wahnbedürfnis. Das Delir

und der nachfolgende Wahn ist für sie ein unerwartetes Widerfahrnis, das sie ihrer Umweltsauffassung nicht einordnen können und dem sie deshalb ebenso ratlos wie entrüstet gegenüber stehen. Wirklichkeitserleben und Realitätsbedeutung des Wahnes, um hier zwei Ausdrücke den zahlreichen Arbeiten *Otto Kant*s zu entnehmen, fallen bei ihnen zusammen. Nebenbei gesagt, trifft dies auch wieder bei den Irrtümern des Gesunden zu, und es ist dies mit ein Grund, warum es schließlich zu einer Korrektur kommen muß, weil Wahn und Wirklichkeit beständig aneinander gemessen werden, wobei sich dann die Wirklichkeit zuletzt doch als stärker erweist. Denn — und hier kommen wir nun, wie mir scheint, zu einem wesentlichen Unterschied gegenüber schizophrenen und andern primären Wahnerlebnissen — auch der wahnkranke Delirant lebt noch in der alltäglichen Welt seiner gesunden Tage; die Mäuse, die er sieht, die Stimmen die über ihn schimpfen, sind eine Zutat zu dieser Welt, aber sie bedeuten nicht ein grundsätzliches Anderssein. Mit einem neuen Wort gesagt: die Weise seines Daseins ist nur für uns, den Beobachter, aber nicht für ihn selbst verändert; er erlebt sich trotz Orientierungsstörung, trotz Halluzinationen und Bewußtseinstrübungen, als die gleiche Person in den gleichen Lebensumständen, wobei man sich selbstverständständlich nicht daran stoßen darf, wenn er den Abend für den Morgen und die Anstalt für ein Wirtshaus nimmt. Er ist eben, klinisch-telegrammatisch ausgedrückt, autopsychisch orientiert. Man braucht nur an den Bedeutungswandel zu denken, der in der Umwelt und den Lebensumständen des akut Schizophrenen plötzlich eintritt, um einzusehen, was hier gemeint ist. Zwischen der Wahnbildung dort, wo es sich um sog. Primärwahn handelt — Selbstexplikation einer andern, eigenen Weise des Daseins, nennt es *H. Kunz* — und zwischen der Wahnbildung hier bei unsern Deliranten, die analog den Irrtümern des Gesunden entsteht, ist eben nur eine Ähnlichkeit, aber keine Gleichheit. Und keine Gleichheit besteht auch mit den »synthetisch-affektiven Wahnideen« (*Hedenberg*), was ohne weiteres klar ist, aber um Mißverständnisse auszuschließen, gleich beigefügt sei.

Darf man also hier vielleicht gar nicht von Wahnideen sprechen? *Jaspers* hat bekanntlich seinerzeit sekundäre, verständlich hervorgegangene »wahnhafte Ideen« und aus primären Wahnerlebnissen entstehende »echte Wahnideen« unterschieden. Es war dies ein erster und bisher noch immer wichtigster Versuch einer phänomenologischen Sonderung der Wahnideen, aber er scheint unserem Fall doch nicht völlig gerecht zu werden. *Jaspers* schreibt: »Bei der wahnhaften Idee aus Trugwahrnehmungen besteht nur eine Tendenz, eine Neigung (oder nur eine ganz vorübergehende Sicherheit) zum Realitätsurteil, bei der Wahnidee hört aller Zweifel

auf. Andere psychische Faktoren als bloße Trugwahrnehmungen sind wirksam geworden«. Das trifft nun auf unsere Fälle doch nicht ganz zu. Der Wahn ist hier sicher sekundär und verständlich entstanden und bildet sich ohne Persönlichkeitswandlung, auf welchen Punkt auch *Jaspers* schon hinweist, aber es handelt sich doch um mehr als eine Tendenz, eine Neigung, eine ganz vorübergehende Sicherheit, wie wir es ja bei den Wahnideen der Halluzinosen etwa finden. Das Realitätsurteil wird hier mit voller Sicherheit vollzogen, ohne daß primäre Wahnerlebnisse mitspielen, und der Wahn wird beibehalten mehr als bei Irrtümern und bei wahnhaften Ideen, aber doch nicht so weit, daß er einer Berichtigung auf rationalem Wege unzugänglich wäre. Es scheint also, daß die Begriffe der wahnhaften Idee und der echten Wahnidee nur die beiden Endglieder einer durchgehenden Reihe sind; zwischendrin aber stehen solche Fälle, wie die beiden hier beschriebenen. Warum es aber überhaupt zu solchen dauerhaften, festen Wahnbildungen nach Delirien kommt, ist einmal aus der Temperamentseigenart der Halluzinierenden zu erklären und dann auch daraus, daß hier Sinnestäuschungen, Wahnbildung und Systematisierung sich im Halbdunkel eines getrübten Bewußtseins abspielen; und zwar nur soweit getrübt, daß der Übergang in die alltägliche Besonnenheit eben nur als ein kaum merkbarer Übergang erlebt wird, und nicht als eine radikale Umstellung wie es das Erwachen bei der klassischen Form des Delirs darstellt, bei dem dann auch richtig keine Wahnideen gefunden werden.

Damit sind aber wieder die meisten Merkmale genannt, die *Stertz* als Ursache des Residualwahns bei Deliranten betrachtet, und wir sind deshalb an den Ausgangspunkt dieser kurzen Untersuchung zurückgekehrt. Das Ergebnis ist, wenn einmal alles durchdacht ist, recht banal. Aber schließlich lohnt es sich auch einmal die Bedingungen einer so durchsichtigen Wahnbildung wie in den beiden mitgeteilten Fällen klar zu legen, anstatt daß man sich immer wieder an die weit reizvollere und darum auch viel beliebtere, aber, wie die weitschichtige und nicht in allem überzeugende Literatur es dartut, auch viel schwierigere und verwickeltere Aufgabe macht, die Wahnbildung bei Paranoikern und Paranoiden zu klären.

Literatur.

Bleuler: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle 1906. — *Bonhoeffer:* Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena 1901. — *Chotzen:* Arch. f. Psychiatr. **41**, 383 (1906); Allg. Z. f. Psychiatr. **66**, 42 (1909). — *Ewald:* Arch. f. Psychiatr. **75**, 664 (1925). — *Goldstein:* Allg. Z. f. Psychiatr. **64**, 240 (1907). — *Hedenberg:* Arch. f. Psychiatr. **80**, 665 (1927). — *Jaspers,* Allg. Psychopathologie. Berlin 1920. — *Kant, O.:* Z. Neur. **108**, 625 (1927); **110**, 558 (1927); **127**, 615 (1930); **146**, 599 (1933); **150**, 272 (1934). — *Kunz, H.:* Z. Neur. **135**, 671 (1931). — *Liepmann:* Arch. f. Psychiatr. **27**, 172 (1895). — *Sander:* Arch. f. Psychiatr. **1**, 487 (1868/69). — *Stertz:* Allg. Z. f. Psychiatr. **67**, 540 (1910).
O.: Z. Neur. **180**, 625 (1927); **110**, 558 (1927);

(Aus dem Institut für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften in Berlin und der Landesheilanstalt Jerichow a. Elbe.)

Ein Beitrag zur Geschichte der Psychiatrie *).

Von
Dr. **Hans Hoffmann.**

Die Irrenpflege wurde durch die Humanitätsbestrebungen des 18. Jahrhunderts als des Zeitalters der Menschenrechte günstig beeinflußt. Erst jetzt beginnt allmählich eine geordnete Fürsorge für sie. Bis dahin waren alle irrenpfleglichen Maßnahmen im wesentlichen darauf gerichtet, den Kranken zum Schutze der Gemeinschaft, in der er lebte, unschädlich zu machen. Nicht um des Kranken willen, sondern um der Umgebung willen, wurde eingegriffen.

In Ländern arabischer Kultur sollen sich schon in ältesten Zeiten Anstalten für Geisteskranke gefunden haben. Von dort aus wurde die Idee der Irrenanstalten nach Spanien gebracht und auch verwirklicht (1409 in Valencia, 1425 in Saragossa, 1436 in Sevilla, 1483 in Toledo). Diese frühen Bestrebungen zum Wohle der Geisteskranken haben ihren Grund wohl in der geistig-religiösen Richtung der islamitischen Völker, die in den Äußerungen mancher Geisteskranken etwas Prophetisches sahen. Bei den christlichen Völkern war das Niveau der Psychiatrie niedriger. Wenn es bei ihnen wirklich zur Errichtung von »Narrenhäusern« an einzelnen Orten kam, so unterschieden sich diese kaum von Gefängnissen. Nur einige Lichtpunkte flackern in diesem Dunkel, sie stellen aber Ausnahmen dar. Im 17. Jahrhundert begann man dann die damals eingerichteten Arbeits- und Zuchthäuser zur Unterbringung von Geisteskranken zu benutzen. Die Irrenpflege stellte im allgemeinen also eine polizeiliche Maßnahme dar.

Welches waren nun die Gründe dafür, daß die Irrenpflege so lange darnieder lag? Die größeren Gemeinwesen hatten keine hohen Bevölkerungsziffern, und die Zahl der Geisteskranken war im Vergleich zu heute niedrig.

---

*) Die Akte aus dem Preußischen Geheimen Staatsarchiv: Geheime Medizinalregistratur. Acta betr. den Reisebericht des Professors *Mandt* und des praktischen Arztes Dr. *Rust* in specie über die Irrenanstalten in Italien, Frankreich und England. Krankenhäuser und Anstalten, Generalia Nummer 18 (aus dem Jahre 1833).

Die Zusammenlegung von mehreren Orten zu einem Bezirke, der die Fürsorge für diese auf gemeinsame Kosten hätte übernehmen können, war noch nicht bekannt. Erst mit dem Entstehen der Assistance publique in Frankreich und der Einführung des Preußischen Landrechts kommt der Grundsatz zur Geltung, daß die Fürsorge für Geisteskranke Sache von Staat und Gemeinden sei. Erst jetzt, im 19. Jahrhundert, begann sich auf der Grundlage der Anerkennung der Hilfsbedürftigkeit der Geisteskranken der Grundsatz herauszubilden, daß die Irrenpflege Aufgabe der Gesundheitsverwaltung sei.

Eine Verbesserung der Irrenpflege hatte eine Änderung der Anschauungen über das Irresein zur Voraussetzung. Vor allem mußte erkannt werden, daß ohne Schaden für die Umgebung des Geisteskranken diesem mehr Freiheit gewährt werden konnte, als man ihm bisher geben zu dürfen meinte. In Italien war der erste, der diese Erkenntnis in die Tat umzusetzen begann, *Chiaguri* in Florenz, in Frankreich folgten ihm *Daguin* und *Pinel* nach. In Deutschland trat um die Jahrhundertwende u. a. *Langermann* für die Verbesserung des Loses der Geisteskranken ein. Dieser übte damals einen maßgebenden Einfluß auf das preußische Irrenwesen aus. Seine Tätigkeit fiel aber in die Zeit vor und nach den Befreiungskriegen, und er konnte infolge der Beschränkung der Mittel seine Pläne nur unvollkommen ausführen. Nach seinem Ableben nahm *Damerow* den Platz als Bearbeiter des Irrenwesens ein (1839). *Laehr* hat in *Kirchhoffs* »Deutschen Irrenärzten« das Lebensbild von beiden gebracht.

Aus der Zeit, da der Staat begann, sich der Geisteskranken anzunehmen, und die Irrenpflege sich allmählich in ganz Europa ausbreitete, allerdings noch gehemmt durch wissenschaftliche Anschauungen damaliger Epoche über Ursprung und Behandlung der Geisteskrankheiten, stammt die nun folgende, bisher unveröffentlichte Akte aus dem Preußischen Geheimen Staatsarchiv.

Die beiden Verfasser des genannten Reiseberichtes sind, wie sie selbst zu Beginn des Berichtes mitteilen, keine Psychiater.

Über Martin Wilhelm *Mandt* (geb. am 6. August 1800, gestorben am 20. Nov. 1858), der in schneller Karrière 1830 Ordinarius in Greifswald und 1840 Leibarzt des Zaren Nikolaus I. von Rußland, Wirkl. Staatsrat und Professor an der Petersburger-Medico-Chirurgischen Akademie wurde, finden wir ausführliche Angaben bei *Gurlt* und *Lühe*. In nächster Zeit wird eine Dissertation aus dem Institut der Geschichte für Medizin und Naturwissenschaften in Berlin weiteres über den interessanten Lebenslauf unseres Berichterstatters mitteilen.

Bei dem zweiten Berichterstatter handelt es sich um Carl *Rust* (geb. am 9. Dez. 1804), den Sohn des nach wechselvollem Lebenslauf als Verfasser zahlreicher medizinischer Arbeiten und als Vortrag. Rat im Ministerium der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten und ordentlichen Professors an der Universität Berlin bekannt gewordenen Johann Nepomuk *Rust* (1775—1840). Carl *Rust* promovierte 1830 an der Berliner Universität zum Dr. med., war danach auf Reisen und 1836 Privatdozent und außerordentlicher Medizinalassessor, Beisitzer und Mitarbeiter im Medizinal-Kollegium der Provinz Brandenburg.

Es war wegen Platzmangels nicht möglich, die Originalakten an dieser Stelle vollständig zu bringen. Zu ihnen gehört auch ein von *Damerow*, dem Begründer dieser Zeitschrift gefertigtes Gutachten, aus dem ersichtlich ist, daß er bereits vor Antritt seines Amtes als Berater des Ministeriums in Fragen der Irrenpflege das Vertrauen des Ministers Altenstein besaß.

Es handelt sich also hier nur um eine Teilveröffentlichung des Reiseberichts. Bei der Bearbeitung ist aber doch der Bericht in seiner Gesamtheit berücksichtigt worden. Die Anstalten in Deutschland, Italien, Frankreich und England, welche von unseren Berichterstattern auf ihrer Reise besucht wurden, aber aus dem oben genannten Grunde hier keine Berücksichtigung finden konnten, sind im letzten Teil der Arbeit erwähnt. Die Zahlen in Klammern im erläuternden Text zeigen die Seiten der Originalakten an.

Es sind bei der Veröffentlichung die interessantesten und aktuellsten Abschnitte ausgewählt worden. Und zwar der allgemeine, einleitende Teil »Über die Irrenanstalten« (A 1—48), der Bericht über die Anstalt in Palermo und der erste Abschnitt des Berichtes über die Lyoner Anstalt (A 111—189) und schließlich die Charakteristik Esquirols (A 228—261)[1].

(A 1) Über Irrenanstalten.

Es ist eine Tatsache, dass unsere Zeit, welche fast alle Seiten des menschlichen Wissens und Strebens mit Riesenschritten der Culmination entgegen zu führen strebt, die Behandlung der Irren so auffallend vernachlässigte, dass sich dem unpartheischen Beobachter die traurigsten Folgen davon in allen Ländern umso greller zeigen, je grösser das Missverhältnis hervortritt, welches ein oberflächlicher Vergleich des Standpunktes dieses wichtigen Zweiges der Heilkunde gegen die Resultate des Jahrhunderts für den gemeinsamen Mutterstamm ergibt.

Bei einer Reise durch einen Theil von Deutschland, ganz Italien, Frankreich und England bestätigte sich die Wahrheit der obigen Behauptung im Allgemeinen allenthalben, und wenn auch hier und dort eine Ausnahme von

[1]) Ich folge bei der Auswahl der Kapitel einer Anregung Herrn Professors *Schneider*-Heidelberg.

der Regel wie ein heller Lichtpunkt in dieses Chaos hineinleuchtet, so bleibt es doch gewiss, dass eine allgemeinere, zweckmässige Behandlung der Geisteskranken in ärztlicher und administrativer Beziehung erst dem dunklen Schoosse der Zukunft entkeimen müsse und die genannten ehrenvollen Ausnahmen als die Rudimente einer grossen Entwicklungsgeschichte zu betrachten sind. Der Wahnsinnige ist gewiss nicht das unwichtigste Objekt für die Heilkunde! Das Individuum hat mit seiner moralischen Selbständigkeit und Freiheit, mit der Fähigkeit, seine Ideen, Handlungen, seine Wünsche und Begierden nach den Motiven der Vernunft zu ordnen, sein eigentliches Gepräge in der Reihe der Geschöpfe verloren. Hierin liegt die dringendste Aufforderung für den Arzt und Menschenfreund, einen solchen Unglücklichen durch eine Art von Wiedergeburt zur Erfüllung seiner Lebenszwecke zu befähigen. Die Subjektivität gestalte sich wie sie wolle; sie drücke Kummer aus der Zufriedenheit (A 3)
und Freude im kranken Seelentraume, oder endlich eine bewusstlose Unempfindlichkeit gegen die rüden Schläge eines eisernen Geschickes, der Zustand bleibt gleich elend, gleich erbarmungswürdig.

Diese Ansicht mag uns entschuldigen, wenn uns die Irrenanstalten auf unserer Reise ein ungewöhnliches Interesse einflössten, wenn wir es wagen, das was wir wahrgenommen, in einer einfachen Zusammenstellung zunächst unserer Behörde vorzulegen und endlich noch einige Bemerkungen zuzufügen, zu denen uns die häufige Ansicht der Asyle dieser Unglücklichen und der Vergleich Veranlassung gegeben. Diese Bemerkungen können nur einzelne sein und sich auf Hauptgegenstände beziehen, denn wir fühlen es zu gut, dass uns in dieser Beziehung leicht das »ne sutor ultra crepidam« als ein nicht ganz unverdienter Vorwurf treffen könne. Auf der andern Seite ist es aber auch eine anerkannte Wahrheit, dass das Gute, das Zweckmäßige, sich oft am schnellsten aus der Ansicht des Schlechten und Tadelnswerthen entwickele; es liegt in der Natur der Sache, dass dies gerade bei Irrenanstalten der Fall sein müsse, wo die schönste, folgerechteste Idee, hinter dem grünen Tisch geboren, oft so wenig durch die Nutzanwendung practisch bewährt wird. Unsere Beobachtungen, die wir, so weit es in unseren Kräften stand, mit erläuternden Zeichnungen versehen haben, veranlassten die folgenden Eingangsbemerkungen zunächst. Wo ihnen der nötige Zusammenhang zur Bildung eines abgerundeten Ganzen, oder die Anführung von Einzelheiten abgeht, verweisen wir auf die speziellen Beschreibungen, welche hier vielleicht manche Lücke ausfüllen dürften, da wir interessante und der Beachtung werthe Puncte mit einem NB. versehen haben.

Der Irre ist moralisch unfrei, daher verliert er das Recht der Selbst- (A 5)
bestimmungsfähigkeit in jeder bürgerlichen Angelegenheit des Lebens und fällt natürlich der Obervormundschaft seines Staates anheim. Diese natürliche Pflicht des Staates gegen den Irren ist seit Jahrhunderten anerkannt und gab zunächst Veranlassung zu den öffentlichen Conservations-Anstalten, wodurch man Schirmung des Kranken gegen sich selbst und anderer gegen ihn, so wie den physischen Unterhalt bezweckte.

Daß diese Anstalten nach und nach so ausarteten, daß vor den Überbleibseln derselben, die man hier und dort noch sieht, Verstand und Herz erbeben, ist hinlänglich bekannt. Ihre Verwaltung lag in den Händen roher und gemütsloser Inspectoren oder Directoren, welche sich gern, zur eigenen Bequemlichkeit, der Strafe und Zwangsapparate bedienten; daher wurde der Unglückliche geschlagen, an Ketten gelegt und — kam nicht selten im

eigentlichen Sinne des Wortes, in seinem eigenen Unrath um. Gänzlicher Mangel oder unverzeihliche Nachlässigkeit in den Controllen, verbunden mit glatten Listen und Berichten, erhielten die menschenfreundlichen Behörden leicht in dem Glauben, daß für die ihrer Obhut anvertrauten Seelenkranken alles Mögliche geschehen, und Jahr reihte sich an Jahr, ohne auf ihr fürchterliches Geschick den mindesten lindernden Einfluß zu äussern. Dass diese Zerrbilder von Irrenanstalten, ausser ihrem Haustyrannen, auch noch einen Arzt hatten, änderte im Wesentlichen an der Sache nichts: ohne hinlängliche Bildung für den wichtigen Gegenstand, auf die Privatpraxis für seinen Unterhalt hingewiesen, macht er wöchentlich einige Male im Hause eine sogenannte Visite, um der ihm erteilten Instruction zu genügen, und seine Renumeration zu verdienen. Diese Einrichtung der Irrenanstalten war bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts in Europa die allgemeine, und, nach dem Zeugnisse *Pisanis*, ging der erste Impuls zu einer Verbesserung von Spanien aus. *Pinel* in Paris und dem älteren *Willis* in England war es vorbehalten, durch ein besonderes Studium, gestützt auf genaue Beobach-
(A 7) tungen, für die Psychiatrie eine Epoche zu begründen und dadurch ihrem Namen einen glänzenden Platz auf der ehernen Tafel der Unsterblichkeit zu erwerben. Von ihnen rührt das Princip einer mildern, humanern Behandlung der Irren her, sie suchten es in den Anstalten einzuführen, ihre kräftige Stimme hallte in Europa wieder und machte es auf die bisher bestandenen Mißstände aufmerksam; sie verbannten endlich die schweren Ketten, die empörenden Körperstrafen, die Unreinlichkeit und die allenthalben hervorsehende rohe Willkür.

Nun erst fing man an, die bisherigen Aufbewahrungsanstalten mehr in Heilanstalten umzuwandeln und Psychologie und Psychiatrie zum Gegenstande ärztlicher Studien zu erheben. Damit war der erste Schritt geschehen, und es läßt sich nicht verkennen, daß der gute Wille der Behörde der Wissenschaft allenthalben begegnet, um das angefangene Werk einer Entwicklung entgegenzuführen, die der Verwaltung und der Zeit Ehre macht.

§ 1.

Die Irrenanstalt, wie sie unsere Zeit erheischt, ist zunächst die Aufgabe des Staates. Darüber sind alle Meinungen ziemlich einig und wenn auch Privatanstalten dieser Art nicht getadelt werden können, so müssen erstere doch durchaus maßgebend sein, da sie es sind, die das Gepräge des Standpunctes der Wissenschaft eines Landes in dieser Beziehung tragen sollen, da sich in ihnen ferner nur Alles in der Art und Zusammenstellung einigen läßt, wie es der großartige Zweck der Sache erheischt, da sie endlich nur die bestehenden guten Einrichtungen vor dem Wechsel oder der Vergänglichkeit bewahren und den mittelmäßigen oder schlechten das Hinüberschleichen in die Ewigkeit verwehren können. Daß die Staats-Anstalt dieser Art isoliert sei, daß sie mit Wasser, mit hinlänglichem Terrain, mit Selbständigkeit, mit
(A 9) den hinreichenden Fonds etc. versehen sein müsse, haben die besten Irrenärzte unserer Zeit bereits zur Genüge dargethan; jede Bemerkung darüber dürfte anmassend erscheinen.

Wichtiger und unentschiedener zugleich ist die Frage: ob zu einer solchen Anstalt, wie dies gemeinhin zu geschehen pflegt, ein vorhandenes altes Gebäude benutzt und eingerichtet werden dürfe oder nicht? Wir glauben diese Frage ganz entschieden mit nein beantworten zu müssen, da

alle bestehenden Institute dieser Art die Zeichen der gewaltsamen Zurichtung und Mangelhaftigkeit so deutlich tragen, daß der Einfluß derselben sich in ewiger Wiederholung hindernd, oft sogar lähmend, markirt und dies Übel daher in gar keinem Verhältnis zu einer unbedeutenden Kostenersparung stehen kann. Etwas Ganzes oder garnichts, ist ein Grundsatz, der hier in seiner vollsten Bedeutung hervortritt, weil Mittelmäßigkeit und Rückschritt Hand in Hand gehen. Die Anstalt muß zunächst die möglichste Gelegenheit zur Sonderung der hervorstechensten Formen des Wahnsinns darbieten und die Beaufsichtigung erleichtern; zugleich muß dieselbe ein hinlängliches Terrain haben, um für die mannigfache Beschfätigung der Irren einen ungebundenen Spielraum zu gewinnen, in dem die besten Seelenärzte unserer Zeit über die Wichtigkeit einer solchen, zu heilwissenschaftlichem Zwecke, durchaus einverstanden sind, mithin für den Staat jeder Einwurf, der von einzelnen dagegen erhoben werden könnte und so oft nur als Product des Widerspruchgeistes oder des Mangels einer Gelegenheit »zu sehen und zu vergleichen« dasteht, durchaus wegfallen muß. Wie sehr aber auf der andern Seite eine plan- und zweckmäßige Beschäftigung der Irren auch in administrativer Hinsicht nützlich sei, beweist die treffliche Anstalt *Pisanis* in Palermo, deren genaueste Beschreibung diesen Blättern beigefügt ist.

Hören wir die lange Erfahrung *Esquirols* und verfolgen wir die Resultate, die dieser große Irrenarzt in Ivry erreicht, mit unparteiischem Auge, (A 11) so läßt sich nicht in Abrede stellen, daß die Einrichtung seiner Anstalt und die Regeln, welche er bei der Aufnahme seiner Kranken befolgt, einen nicht unwesentlichen Antheil daran haben, was durch den Umstand noch bestätigt wird, daß *Pisani*, bei fast gleichen Erfolgen, im allgemeinen dieselben Prinzipien in dieser Beziehung hat.

Die Sonderung der Formen in einer Irrenanstalt wird, laut diesen Erfahrungen, dadurch am sichersten und zweckmäßigsten erreicht, daß auf einem hinlänglich großen eingeschlossenen Terrain, mehrere Gebäude von einem, höchstens zwei Stock, aufgeführt werden. Die beigefügte Beschreibung der Musteranstalt in Ivry mag diesem todten Worte das nöthige Leben geben.

Durch diese Einrichtung gewinnt das Ganze das Ansehen einer Gartenwohnung, die sonst unerlässlichen Sicherungsmaaßnahmen werden fast unnöthig, die Fenster bedürfen der Eisengitter nicht, da es nicht bedeutend schaden kann, wenn es einmal einem Kranken einfällt, sich hinauszustürzen; das Gefängnisartige, das so deprimirend auf das Gemüth der meisten Irren, die ihrer Natur nach an Mißtrauen leiden, wirkt, wird fast ganz vermieden, und die Beaufsichtigung so wesentlich erleichtert. Arzt und Beamte der Anstalt führen eine Art Aufsicht, während sie von einem Hause zum andern gehen, durch einen schnellen Blick durch die niedrigen Fenster übersehen sie den ganzen Krankensaal, ihre in einem Hauptgebäude, im höheren Stock, belegene Wohnung gestattet ihnen zu jeder Zeit aus ihren Fenstern die leichteste Einsicht in die Höfe und Umgebungen aller Quartiere, so, daß ihnen nicht die leichteste Unordnung entgeht.

Während diese Einrichtung in baulicher Hinsicht nicht eben viel kostbarer ist, als die gewöhnlichen Anstalten sind, hat sie vor diesen den unzuberechnenden Vortheil voraus, daß sich nach Erfordernis mit der leichtesten Mühe Veränderungen herstellen lassen, welche nicht das Ganze betheiligen, ein Hinderniß, welches sich der Fortbildung und einer guten Idee so oft als

A 13) unübersteiglich entgegenwirft. Diese Form der Irrenanstalt setzt es an und für sich als wünschenswerth voraus, daß sie weder auf einem Berge, noch am Fuße desselben angelegt werde, wodurch noch andere Inkonvenienzen entstehen, die zu einleuchtend sind, um einer näheren Erörterung zu bedürfen. Ebensowenig sind die Vortheile der Lage einer Irrenanstalt in der Nähe einer größeren Stadt zu verkennen.

§ 2.

Daß die Irren in heilbare und unheilbare geschieden, daß in einer Heilanstalt diese von jenen getrennt werden müssen, ist ebenfalls eine ganz allgemein angenommene Sache. Weniger übereinstimmend ist man darüber, ob überhaupt eine Irrenanstalt unheilbare aufnehmen könne oder nicht. Mit dem Prädikat der Unheilbarkeit beim Wahnsinne werfen die meisten Ärzte fast gewissenlos um sich, ohne zu bedenken, daß dadurch ein Verdammungsurtheil ausgesprochen wurde, welches nur die Hand des Todes zu haben vermag. Der sogenannte unheilbare Irre wird ein lästiges Objekt für die Administrative, er erregt als Kranker keine Aufmerksamkeit mehr, zu seiner Heilung wird kein Versuch mehr gemacht, und dennoch zog die Natur vor die Grenzen der Heilbarkeit und Unheilbarkeit nirgendwo einen so dichten Schleier als gerade beim Wahnsinne; sind nicht unzählige Beispiele vorhanden, daß bei jahrelanger Dauer derselben, ein heftiger Gemüthseindruck, eine große Begebenheit, ja, ein auf den Kopf gefallener Ziegelstein alle Kunst der Ärzte, alle ihre Hypothesen und
(A 15) categorischen Aussprüche zu Schanden macht? Wissen wir ferner nicht mit Gewißheit, daß einige Stunden vor dem Tode eine 30 bis 40 Jahre lang von Wahnsinn befangene Seele aus dem Chaos ihres Traumlebens zur klaren und folgerechten Erkenntniss der Wirklichkeit wieder auftauchte? Wo lag in allen diesen Fällen der positive Beweis, wie wir ihn bei Schwindsuchten, organischen Leiden, dem Brande etc. anzunehmen gewohnt sind? Lag und liegt der Grund für die Unheilbarkeit so mancher Geistesstörung nicht viel mehr in unserer mangelhaften Erkenntniss, in unserer fehlerhaften Behandlung als in der Sache selbst?

Die Humanität und die Bescheidenheit fordern es aufs dringendste, daß wir mit jenem fürchterlichen Ausspruche vorsichtig und gewissenhaft verfahren und — gewiß! Die Zahl der unheilbaren Irren wird sich vermindern!

Haben aber endlich Wissenschaft und Erfahrung entschieden, ist der Wahnsinnige als unheilbar erkannt und bezeichnet, so gehört er nicht mehr in die Heil- sondern in eine Verwahrungsanstalt, denn in jener würde er in jeder Beziehung ein heterogenes Element sein. Die Kur der Geistesstörungen ist so bedeutend und umfassend, sie verlangt die ganze unzersplitterte Thatkraft des Arztes so unbedingt, daß sie sogar die Störung und Zerstreuung nicht duldet, welche eine oberflächliche Besorgung der unheilbaren herbeiführen muß. Eine Trennung derselben von den heilbaren Kranken, wird in ein und derselben Anstalt nie so ganz erreicht werden können, daß nicht
(A 17) Communikationen stattfinden, welche immer einen störenden Einfluß äußern müssen. Schon die Frage eines Angekommenen an einen unheilbaren Irren: wie lange er hier sei und die Antwort: 5 oder mehrere Jahre hat *Esquirol* die schlimmsten Folgen nach sich ziehen gesehen. Aber auch die Aufmerksamkeit und Thätigkeit der Oeconomie und Administrationsbeamten, welche mit beiden Abtheilungen in gleichem und ungetheiltem Verkehre bleiben

müssen, wird durch diese Einrichtung auf eine Art getheilt, die für den Heilzweck nur nachtheilig sein kann. Je geringer die Zahl der Kranken in einer Anstalt, desto mehr kann und wird von allen Seiten für sie geschehen, das ist eine Wahrheit, welche sich nicht bezweifeln läßt. Endlich aber wird die Heilanstalt durch die Ausschließung dieser Unglücklichen so viel weniger kompliziert; sie ist leichter hergestellt und ihre Direction und Administration so wesentlich erleichtert.

Damit wollen wir aber den sogenannten unheilbaren Irren keineswegs aus dem Bereiche wohltätiger Aufmerksamkeit und heilsamer Kunsthülfe verweisen. Umgekehrt glauben wir, daß da, wo wir in unserer Erkenntniss so wenig gewiß, wo die Grenzen so wenig gezeichnet sind, unser Urtheil darauf Rücksicht nehmen und wir daher das Wort »unheilbar« ganz verbannen und etwa in »chronisch« oder ähnliches verwandeln müssen. Dies ist eine Rücksicht, die wir für die Kranken und für die Verwandten nehmen können, ohne irgend einen Nachteil. Sie wird jedoch ohnstreitig auf das umgebende Dienerpersonal einwirken, dessen Thätigkeit durch den Begriff der Unheilbarkeit des zu verpflegenden und zu behandelnden Irren wunderbar gelähmt wird.

Auch wird sich wohl ein tüchtiger Arzt finden, der dieser Klasse von Unglücklichen mehr reicht, als eine bloße tägliche Formvisite, der eine besondere Genugtuung darin sieht, gerade da eine Heilung zu erreichen, wo sie vielfach erschwert wurde. (A 19)

§ 3.

Ebensowenig wie den »unheilbaren« Irren würden wir raten, den gleichzeitig an Epilepsie, Paralyse oder andere, Ekel erregenden, äußeren Krankheiten, so wie den an Blödsinn leidenden in die Heilanstalt aufzunehmen. Das Locale für chronische (unheilbare?) Wahnsinnige muß und kann alle diese unglücklichen enthalten ohne irgend einen Nachteil, der sich in der Heilanstalt allenthalben unvermeidlich ausspricht. Der Blödsinnige aber, dessen Geistesthätigkeit nie entwickelt gewesen, gehört, streng genommen, nicht zu den Wahnsinnigen und daher an und für sich nicht in die Irrenanstalt.

§ 4.

Die Benennung des Standes der Kranken ist eine ebenfalls noch nicht ganz erörtherte Streitfrage. In einer Irrenanstalt muß darauf nothwendig Rücksicht genommen werden, da die psychologische Behandlung des ungebildeten von der des gebildeten Kranken eine mannigfach verschiedene sein muß. Diese Rücksicht ist aber auch die einzige, und wir glauben nicht, daß noch andere Beweggründe obwalten können in diesem Asyl des Unglückes, dessen Bewohner, Bettler und Edelmann, wir von der Natur mit gleicher Härte behandelt sehen, die geselligen Nüancen des praktischen Lebens einzuführen, wie es der geistreiche *Roller* will. Es entstehen dadurch zu viele Komplikationen, welche die nützliche Pflege und den Dienst nur beeinträchtigen können. Da aber heute eine gewisse Bildung mit der Wohlhabenheit Hand in Hand zu gehen pflegt, so dürfte es vollkommen ausreichend sein in dieser Beziehung nur 2 Abtheilungen zu statuieren, deren eine diejenigen Kranken, welche ihre Existenz in der Anstalt bezahlen können, die andere aber die unvermögenden enthält. Wo hier Änderungen nothwendig werden, kann ja mit der leichtesten Mühe eine Versetzung, besonders aus der letzten (A 21)

in die erste Abtheilung, statt finden. Dazu muß immer ein Fond vorhanden sein, denn es wäre grausam, den gebildeten Irren, seiner unverschuldeten Armut wegen mit in eine Gesellschaft zu reihen, deren Individuen, durch Mängel einer gewissen Bildung und häuslicher Erziehung ihm fremdartig, ja feindlich gegenübertreten können.

§ 5.

Für die Aufnahme von Männern und Weibern in der Irrenanstalt hat man sich allgemein entschieden. Wir müssen dafür selbst aus einem psychiatrischen Grunde stimmen; da nämlich der Geschlechtstrieb bei Irren, besonders bei Frauen, sehr stark ausgesprochen ist, so lehrt der Besuch solcher Institute, welche nur für das eine oder das andere Geschlecht bestimmt sind, augenscheinlich, daß jener Trieb durch diese strenge Absonderung im allgemeinen nur gesteigert wurde. In der Anstalt zu Aversa, Monte Vergine, war dies so ausgesprochen, daß während unserer Anwesenheit im Frauenhause eine allgemeine Agitation stattfand, welche zu den scheußlichsten Scenen Veranlassung gab. In Paris sind die Geschlechter in der Salpêtrière und dem Bicêtre zwar auch getrennt, indessen findet hier doch jene strenge Abgeschiedenheit nicht statt; danach läßt sich der angeführte Nachtheil, bei einiger Beobachtung, besonders in der Salpêtrière, dem Frauenasyle, durchaus nicht verkennen. Eine vorsichtige Kommunikation der Geschlechter ist also in dieser Beziehung gewiß an ihrem Orte; der aber gesehen, wie *Esquirol* diesen Punkt zu wirklichen Heilzwecken durch Organisation eines geselligen Verkehrs zu nützen weiß, der ferner den unverkennbaren Nutzen dieses Verfahrens beobachtet, wird sich davon überzeugen, daß der gemeinsame Aufenthalt von Männern und Weibern in der Anstalt mannigfache Vortheile gewährte.

§ 6.

(A 23) Nach dieser Ansicht würde also eine Irrenanstalt zunächst in zwei Haupt- und diese wieder in drei Unterabtheilungen zu trennen sein und zwar

A. für Männer.
- a. für unruhige, stöhrende Kranke,
- b. für ruhige Kranken des gebildeten,
- c. für ruhige Kranken des ungebildeten Standes.

B. für Weiber.
- a. für unruhige, stöhrende Kranke,
- b. für ruhige Kranken des gebildeten,
- c. für ruhige Kranken des ungebildeten Standes.

Die genannten Unterabtheilungen, oder Quartiere, reichen für den allgemeinen Administrativen und sogar für den Zweck der Beaufsichtigung aus, genügen aber keineswegs den Anforderungen der Wissenschaft, indem die oberflächlichste Bekanntschaft mit dem Standpuncte derselben lehrt, daß sich hierin unzählige heterogene und feindselige Elemente begegnen würden, die dem Heilzweck schnurgerade entgegen laufen dürften. Da nichts dem harmonischen Gange und Zusammenhange so feindlich entgegentritt als Komplikation und Überladung, so kommt es gerade umso dringender darauf an, hier mehr der Erfahrung und dem Naturgesetze, als einem pedantischen Abzweigungssystem zu folgen, wo eine geregelte Ordnung und folgerechtes Eingreifen eines jeden Organes in die Harmonie des Totalorganismus so wesentlich den Zweck des Ganzen fördert.

Den sichersten Maaßstab für eine zweckmäßige Einteilung der Quartiere wird mithin die Berücksichtigung der dahin gehörigen Formen der Geistes-

störungen und die größere und geringere Nothwendigkeit der Sonderung derselben geben, nicht aber Willkühr und Schulgelehrsamkeit.

Das Quartier für unruhige und stöhrende Kranke ist ein Ort, der (A 25) nach unserer Meinung die Grenzlinie des Standes im bürgerlichen Leben verwischt wie der Tod. Hier sinkt jede Scheidewand aus — der tobende Edelmann wird seinem tobenden Bruder im Leinwandskittel ganz gleich. Der Unterschied kann bis hierhin nicht wohl ausgedehnt werden, indem bei den in dies Quartier gehörenden verschiedenen Formen die Complikation zu bedeutend und unausführbar werden würde. Diese Formen dürften nach dem Eintheilungsprincipe von *Groos*, folgende sein.

1. Mania als Stöhrung der drei psychisch-somatischen Sphären, also Irrwahn, Irrgefühl und Tottrieb, alles durcheinander mit dem Grundgepräge erhöhter Thätigkeit.
2. Furor, rabies, Wuth mit Zerstörungssucht, Stöhrung der Sphäre des Begehrungsvermögens, daher Tottrieb mit dem Charakter erhöhter Thätigkeit.

Diese beiden Formen sind als Elementartheile des Quartiers für unruhige oder agitierte Kranke zu betrachten, obgleich ihre Frequenz in dem Kranken abnimmt als die Humanität in der Behandlung der Form Ausdehnung gewinnt.

Es versteht sich von selbst, daß sich an die zweite Form jeder krankhafte und abnorme Trieb anschließe, wenn er seiner Natur nach stöhrend auf andere einwirken kann, ohne gerade mit Zerstörungssucht verbunden zu sein. Satyriasis und Nymphomanie sind aber hierher stets zu rechnen.

3. Monomania; der Narr, der Wahn- und der Aberwitzige, verarbeiten ihren Irrewahn so häufig mit den vorwaltenden Symptomen erhöhter Thätigkeit, daß sie die gewöhnlichen Bewohner dieses Quartiers werden müssen.

Narrheit, Wahnwitz und Aberwitz sind hier im Sinne *Heinroth*s als Unterabtheilungen der Verrücktheit genommen. (A 27)

4. Dementia, Amentia, Verrücktheit und Insania Wahnsinn.

Die erstere: Stöhrung der Intelligenzsphäre mit dem Charakter erhöhter Thätigkeit, daher Delirium über alle Gegenstände,
der letztere: Stöhrung der Gefühlssphäre mit demselben Charakter. Beide Formen werden zwar im allgemeinen ihren Platz im Quartier für ruhige Kranke finden können, werden jedoch sehr oft auch durch Heftigkeit ihrer Actionen oder sonstige stöhrende Eigenheiten in das erstere Quartier gewiesen werden müssen.

Die Wuth und Manie würde, streng genommen, in der Irrenheilanstalt keiner Sonderung oder besonderer Bezeichnung bedürfen, denn, wie bereits angeführt, an ersteren sich nicht die ganze Reihe der kranken Triebe, die υστερομανια des Hippocrates, sowie auch Satyriasis und Nymphomanie, anschlössen, indem sie von der Grundform sich nur in dem Grade und der Richtung nach unterscheiden, worin das Begehrungsvermögen gestöhrt ist.

Das Quartier der stillen, ruhigen Kranken wird aus folgenden Elementen zusammengesetzt.

1. Convalescenten,
2. Melancholie, Stöhrung der Gefühlssphäre mit dem Gepräge herabgestimmter Thätigkeit, insofern also dem Wahnsinne gegenüber stehend.

Der Melancholiker, er mag nun an ἀπαγδρυπία, νοσταλγία μισοφυχία oder ἐρωτομανία leiden, wird ein steter Bewohner dieser Station sein, seltene Fälle ausgenommen. Die angeführten Formen sind also hier ebenso als Elementartheile zu betrachten, wie Manie und Furor in dem ersten
(A 29) Quartiere. Die Formen der Melancholie, welche sich mit einem besonders markierten Grade von Betrübnis verbinden, werden von *Equirol* noch besonders hervorgehoben und mit dem Namen: λυπομαγία bezeichnet.

Daß die Mirophychie (Taedium vitae) einer besonderen Rücksicht bedürfe, gehört mehr für den Arzt als in das Einrichtungsprincip der Anstalt.

3. Monomanie; der Regel nach wird diese Form hier ebenfalls hierher gehören.
4. Dementia und Insania; auch diese Formen werden einen Raum in diesem Quartiere in Anspruch nehmen, besonders wenn sie einige Zeit hindurch bestanden haben.
5. Krankensäle. Sie dürfen in keiner Anstalt dieser Art fehlen und gehören in das ihnen hier angewiesene Quartier. Dem bisher Gesagten gemäß würden also in einer Irrenanstalt folgende Formen zu unterscheiden sein:
   1. Mania.
   2. Furor.
   3. Monomania, agitierte und nicht agitierte Kranke.
   4. Melancholia.
   5. Dementia und Insania, agitierte und nicht agitierte Kranke.
   6. Das Lazareth oder die Krankenzimmer für solche Irre, die an zufälligen anderen Übeln leiden.
   7. Die Reconvalescentenabtheilung.

§ 7.

Auf einem hinlänglich großen und zweckmäßig gelegenen Terrain, mit einer Einfassungsmauer umgeben, welche jedoch auf einer Seite die Aussicht ins Freie gestatten könnte, wie dies in Ivry der Fall und in der beiliegenden Skizze genauer bezeichnet ist, würden folgende Gebäude zu errichten seyn, um die in diesen Blättern allgemein angedeuteten Zwecke zu erreichen.

(A 31) I. Ein 2 Stock hohes Gebäude gleich am Eingangsthore mit einem Hofe und einem kleinen, an die Umfassungsmauer gelehnten Hinterbau, der unten Stallung und Remise, oben aber eine Sectionsstube nebst Cabinett und noch ein besonderes Zimmer zur Aufbewahrung pathologischer Präparate und endlich ein Gemach für eine Hausapotheke enthält. Das Ganze wird seitlich durch eine eigene Mauer, mit einer Einfahrt versehen, geschlossen.

In dem Vordergebäude befinden sich unten:

a) Ein Receptions- und Sprechzimmer.
b) Ein Beobachtungszimmer für Frauen und eins für Männer.
c) Ein Zimmer mit besonderem Eingange für den Portier der Anstalt.
d) Ein Badezimmer, welches ein oder zwei einfache Badewannen enthält.

Oben, außer Zimmer für Wärter etc., Krankensäle für Frauen und Männer, im Verhältniß zur Größe der Anstalt. Es müssen dieselben aus

Stuben von 4—6 Betten für die ungebildeten und Zimmer mit 1—2 Betten für die gebildeten Kranken bestehen. Einige dieser Betten müssen so eingerichtet seyn, daß nöthigen Falles der Kranke darin befestigt werden kann, und dann mit durchlöchertem Boden und Matratze versehen sein.

II. Ein 2 Stock hohes Gebäude für die stillen Frauen, mit einem Garten angeschlossen und mit einem Hinterhofe, für die Bequemlichkeit des Haushaltes, an die Umfassungsmauer stoßend. Oben befinden sich Zimmer für die Pensionäre, ein Conversations-, ein Eß- und ein Arbeitszimmer. Das erstere enthält die Vorrichtungen zur Recreation, Spielen und dergl. Unten sind die Säle von 10—12 Betten für die stillen Frauen des unteren Standes, außerdem ein Eß-, Arbeits- und Unterhaltungszimmer wie oben, eben so hier wie dort noch Zimmer für Wärterinnen. (A 23)

Seitlich an dies Hauptgebäude lehnt sich ein Anbau, welcher das Wachhaus und die Wohnung einiger weiblicher Beamter, der Oberaufseherin der Anstalt, der Oberwäscherin etc. enthält. Zum Trocknen der Wäsche wird der geräumige Hinterhof benutzt.

Wie die innere Einrichtung sich verhalte, kommt natürlich ganz auf d. Fonds der Anstalt an; je anständiger sie übrigens ist, desto besser wird es sein.

Vor dem Hause befindet sich der Garten mit einem Lusthause, mehr für den Gebrauch der Pensionäre bestimmt.

Mit dem Waschhause in Verbindung muß, der leichteren Wasserleitung wegen, das Badezimmer für dieses Gebäude stehen. Es darf einer einfachen Vorrichtung zu Sturz- und Douchebädern nicht entbehren; die Badewannen können einfach sein.

Die in diesem Gebäude befindlichen Krankensäle enthalten: Monomania, Melancholieae und Dementes gesondert oder Stationsweise.

III. Ein ähnliches Gebäude mit ähnlicher Einrichtung für die stillen, ruhigen Männer. Es enthält oben die Pensionäre in kleinen Stuben und Zellen, unten die andere Krankenklasse in Sälen mit den bezeichneten Krankheitsformen belegt. In einem an den Park anstoßenden Winkel des Gebäudes ist ein Holzhof mit Auffahrt angebracht, der zu Heilzwecken benutzt werden kann, sowie das an das Frauengebäude anstoßende Waschhaus.

Der Garten vor diesem Gebäude muß eine verdeckte Kegelbahn enthalten; auch wird es gut sein, eine Schaukel anzubringen, obgleich ihr Gebrauch mit vieler Vorsicht zu erlauben ist.

Sowohl in diesem als im Frauengebäude könnte eine Stube parterre zu gelinden Strafen eingerichtet sein.

IV. Das Beamtenhaus mit Garten. Es kann 3 Stock hoch sein; im untern wohnen an einer Seite die Reconvalescenten der untern Klasse (A 35)
in Stuben zu 4—6 Betten, an der andern die der 1. Klasse in Zellen oder kleinen Zimmern einzeln. Die Mitteletage in dem 2. Stocke bewohnen die ersten Beamten der Anstalt, denen ihre Zimmer eine beständige Übersicht der ganzen Anstalt gewähren.

V. Die Küche. Es muß ebenfalls ein eigenes Gebäude sein, welches so eingerichtet werden kann, daß es zugleich die Magazine und dergl. enthält, ebenso die Wohnung des betreffenden Beamten.

VI. Ein kleines Gebäude zur Arbeit bestimmt; es kann die nöthigen Vorrichtungen für einige Handwerker enthalten.

VII. Die Vierecke oder das Quartier für die agitierten Kranken. Es kann ganz die zweckmäßige und schöne Einrichtung der *Esquirol*schen haben, von denen die Beschreibung beiliegt.

Der Formsonderung wegen müssen aber 3 Seiten der Vierecke Zellen enthalten, welche sich in den offenen Corridor oder bedeckte Galerien öffnen. Das Ganze ist nach dem Parke hin mit einem Gitter verschlossen; die linke Seite nimmt die agitierten Monomaniaci, die rechte die unruhigen Dementes und Wahnsinnige, die den Gittern gegenüberliegende Seite die an krankhaften Trieben leidenden oder besonders unreinliche auf. Der Hinterhof muß besonders Zellen für Maniaci und Furiosi enthalten. Das verbindende Zwischengebäude des Männer- und Weibervierecks muß Badehaus und Wohnungen für das dienende Personal enthalten. Bei der Construction des ersteren machen wir auf die Vorrichtung in der Salpétrière in Paris oder in Ivry aufmerksam, die am bezeichneten Orte mitgeteilt ist. Besondere Rücksicht verdienen die *Esquirol*schen Badewannen.

Die Umfassungsmauer hat zur Bequemlichkeit für die Administration auch eine Auffahrt in der Nähe der Küche und des Holzhofes.

(A 37) Das um die Anstalt gelegene Terrain muß im weithen Umkreise ihr Eigenthum sein, daher wäre eine Fläche von 30—40 Morgen wünschenswerth.

Da es nicht unsere Absicht sein konnte, in die Details einer Irrenanstalt einzugehen, welche sich theils aus den darüber bestehenden Schriften, theils aus den Arbeiten Sachverständiger und endlich aus dem Vergleiche von den 19 beschriebenen Anstalten dieser Art ergeben dürften, so begnügen wir uns mit dem Entwurf einer Skizze, welcher die Privatanstalt *Esquirols* zu Ivry zum Grunde liegt, und deren Ausführung bei vielen Vortheilen, die von der in allen Theilen zusammenhängenden Anstalt nicht zu erwarten sind, nicht eben kostbar sein wird. Die einzelnen Gebäude können ganz einfach und dennoch solide sein; für das wichtigste dieser Gebäude, das Quartier unruhiger Kranker, machen wir ganz besonders auf die Einrichtung in Ivry und Bicêtre aufmerksam und verweisen auf die Beschreibung.

§ 8.

Die Beschäftigung der Irren hängt zu genau mit den Heilzwecken und den Ansichten des dirigierenden Arztes zusammen, als daß darüber allgemeine Vorschläge gemacht werden könnten. Da jedoch die meisten Meinungen sich für ihre Nothwendigkeit erklären, da ferner, trotz dieser Erkenntnis, im allgemeinen in den Anstalten so wenig dafür gethan worden ist, so dürfte es wenigstens nicht überflüssig sein, hier daran zu erinnern, da uns die herrlichen Erfolge einer planmäßigen, individualisierten und abwechselnden Beschäftigung der Wahnsinnigen in der schönen Palermitaner Anstalt noch so frisch in der Erinnerung sind. Einen schönen Spielraum bietet in dieser Beziehung das die Heilanstalt umgebende Terrain.

Wir verweisen jedoch hier in Spezie auf die Beschreibung der real coha dei matti in Palermo hin.

§ 9.

(A 39) Daß der Arzt der Irrenheilanstalt dirigieren müsse, und zwar mit einer ungebundenen Vollmacht ist nunmehr ebenfalls ziemlich entschieden. Die Gründe dafür zu entwickeln, würde zu weit führen, sie sind auch

größtenteils so einfach und folgerichtig, daß es in der That unbegreiflich ist, wie man so lange dafür und dagegen hat streiten können. Wenn wir aber dem Irrenarzte unbedingte Vollmacht in seinem Wirkungskreise einräumen, so müssen wir natürlich die Bedingung einer für seinen richtigen Zweck passenden Bildung knüpfen. Diese Bildung ist zu umfassend, als daß sie im allgemeinen des Individuums bleiben könnte; der Staat muß daran theilnehmen, um so eher, da er ja auch die Thätigkeit desselben in Anspruch zu nehmen hat. Das dem Arzte vorgeschriebene Universitätsstudium ist zu umfassend für die Gegenstände, zu beschränkt für die Zeit, als daß sich die Psychiatrie ohne Nachtheil damit verbinden ließe. Nur durch das Studium der Arzneikunde in allen ihren Beziehungen wird der tüchtige Seelenarzt vorgebildet; schon hier muß er die Stufe der Mittelmäßigkeit weit hinter sich gelassen und ein oder einige Jahre lang Gelegenheit gehabt haben, in einer selbständigen ärztlichen Praxis seine Fähigkeit zu seinem Berufe würdigen zu lernen, sein Vortheil zu üben; das bürgerliche Leben in seinen verschiedenen Richtungen zu sehen. Mit dieser Vorbereitung nun, die ihm ganz selbst überlassen ist, übernimmt der Staat die fernere Ausbildung zum Seelenarzte, ja, wir möchten sagen, die Hinaufbildung dazu. Der Ausdruck wird sich rechtfertigen, wenn wir einen Blick auf diejenigen Eigenschaften werfen, welche ein Seelenarzt, der einer Landesanstalt vorsteht, auszeichnen sollten. 1. Wer eigene Geistes und Gemüthsintegrität zu erringen und zu erhalten weiß, wird am besten im Stande sein, den moralischen Theil der Kur von Geisteskranken mit Sicherheit zu leiten. Je mehr sich der Seelenarzt der Weisheit, der entgegengesetzten Polarität des Wahnsinns, genähert hat, je weniger er mithin abhängig ist von Leidenschaften und seiner Vernunftintegrität, dem Verstande (A 41) Klarheit und Umsicht, dem Willen Festigkeit, dem Charakter Gleichmuth und Gepräge zu geben wußte, desto imponierender und heilsamer wird er den Irren gegenüberstehen.

Mit dieser Haupteigenschaft, die ihn gleichzeitig geduldig, tolerant und menschenfreundlich macht, muß sich eine große allgemeine Bildung womöglich verbinden. Der gebildete Irre betrachtet den Arzt, der ihm Achtung und Vertrauen einzuflößen wußte, den er täglich sieht, gerne als Lehrer und Rathgeber, ja als Freund. Stößt ihm irgend ein Zweifel auf, ein unverständliches Wort, wenn ihm Lectüre erlaubt ist, so bittet er seinen Arzt um Aufklärung. Je mehr er in dieser Beziehung zu leisten vermag, um so glücklicher und heilbringender wird sein Standpunkt sein. Sehr wohlthätig wird es sein, wenn eine günstige Körperlichkeit dem Seelenarzte für jeden beabsichtigten Eindruck zu Hilfe kommt.

Nur auf diese Weise kann der Staat mit Grund hoffen, daß sein Irrenarzt nicht der Einseitigkeit und dem Vorurtheile verfalle. Fehler, die hier schädlicher sind, wie in irgend einer anderen Stellung; sie sind leider so häufig beobachtet worden und haben so traurige Rückwirkungen gehabt, daß wir es hier nicht für überflüssig halten, hier ganz besonders darauf aufmerksam zu machen. So wie der ausübenden Medizin die bestimmtesten Extreme sich gegenüber stehen, so wie wir hier die verschiedensten Mittel anwenden sehen, um ein und denselben Zweck zu erreichen, so sehen wir Vorsteher von Irrenanstalten den nämlichen Weg gehen. Wir sehen sie ihrem System zu Liebe Hypothesen bauen, sich mit einem Heere von Sophismen umgeben, und so endlich alles Individualisieren vergessen.

Der rastlose Systemjäger kann nicht vorurtheilsfrei sein. Er kann
(A 43) ebensowenig ein genauer Beobachter sein, denn seine eigene vorgefaßte Meinung, seine Systemmania drückt dem Gesehenen stets ihr unglückliches Gepräge auf. Als Beamter aber betrügt er den Staat, denn dieser kann in so wichtiger Stellung nichts weniger wünschen und wollen, als Individualismus und Einseitigkeit. Was heißt der Immatrialismus auf der einen und der Somatismus auf der andren Seite? Ist es etwas anderes, als wenn *H.*[2]) sagt: die veranlassende Ursache einer jeden chronischen Krankheit ist entweder Syphilis oder Krätze! Oder wenn der religiöse Schwärmer behauptet: die nächste Ursache von allen Geisteskrankheiten sei die Sünde? Geht in diesen Paradoxen nicht naturgemäß die Wahrheit zu Grunde? Die Natur ist keine Handwerkerin; sie schafft und bildet nach Gesetzen zwar, aber ungebunden an kleinliche Formen, deshalb finden wir nicht zwei ganz gleiche Blätter. Ist es wohl wahrscheinlich, daß in zwei so verschiedenen Wechselwirkungen, als Körper und Seele es sind, das pathologe Verhältnis sich immer nur nach einer und derselben ursächlichen Form gestalte? Ganz unbezweifelt gewiß ist es, daß mehr als Gewöhnlichkeit dazu gehöre, von einem Systeme, einer Lieblingstheorie nicht endlich der willenlose Sklave zu werden; die Beobachtung und Untersuchung von vielen Irrenanstalten liefert den schlagensten Beweis, für diese Behauptung. Geräth man nicht in Versuchung, den Irrenarzt, der behauptet: eine Seelenkrankheit ohne körperliche Ursache sei nicht denkbar oder umgekehrt, dessen Institut daher entweder eine große immer thätige pharmaceutische Werkstätte darbietet, oder aber einem Betsaale gleicht und jede Arzneiflasche verbannt, für den ersten Kranken seines Hauses halten?

Man frage *Esquirol,* den vielleicht größten und aufgeklärtesten Irrenarzt unserer Zeit, welches ist ihr System? »Je n'en ai point!« Welches ist ihre Behandlungsart? »Je n'en sais rien, je ne regarde que l'individu,« wird er lächelnd antworten. Und liegt darin nicht die Bestätigung des eben
(A 45) gesagten?

Um nun die angeführte Stufe der Bildung nach Möglichkeit zu erwerben, ist es nöthig, daß einige junge Ärzte mit der früher bezeichneten Vorbildung wenigstens 2 Jahre lang auf Reisen gehen, wozu der Staat die Gelegenheit geben muß.

Die Aufgabe würde darin bestehen, in einer der bekanntesten besten Anstalten Europas unter der unmittelbaren Leitung ihres Arztes die Seelenheilkunde zu studieren und auszuüben; der erste Termin müßte ein Jahr dauern. Das dritte halbe Jahr müßte der Reisende in einer anderen Anstalt von Ruf in gleichen Verhältnissen zubringen und im vierten endlich viele Irrenanstalten sehen, um vergleichen zu können und selbst aus der Beschauung und Prüfung des Schlechten den Vortheil zu ziehen. Wählen die Reisenden für ihren Unterricht Heilanstalten des Auslandes, so werden sie noch den Vortheil der Sprache des Landes haben, deren Bedeutung im Kreise der allgemeinen Bildung für den künftigen Standpunkt unverkennbar ist. Für diesen Zweck glauben wir mit Recht die Anstalten von *Esquirol* in Paris und von *Pisani* in Palermo vorschlagen zu dürfen. Beide Männer sind auch so ganz dazu geeignet und so vollkommen von der Nothwendigkeit eines solchen Bildungsganges für den Irrenarzt überzeugt, daß sie mit Vergnügen die Hand dazu bieten würden.

[2]) Offenbar ist *Hahnemann* gemeint.

Diese Ärzte wären dann späterhin als Direktoren heimischer Irrenanstalten anzustellen und ihnen Assistenzärzte mit gleicher Vorbildung und ausgesprochenen Fähigkeiten zuzugesellen, um unter ihrer Leitung eine gleiche Cariäre im Vaterlande zu machen und sie zu künftigen Directoren auszubilden; ehe sie jedoch eine solche Stufe übernehmen, halten wir es für dringend nothwendig, daß auch ihnen durch eine kürzere Reise die Gelegenheit zu sehen und zu vergleichen gegeben werde. Es würde sehr nützlich sein, dem Hausdienst noch einige junge Leute als Eleven in der Art zuzufügen, wie es in Palermo geschieht. Diese müßten ihre ärztlichen (A 47)
Studien bereits vollendet haben und konnten, wenn sie ausgesprochene Fähigkeiten und Interesse für den Gegenstand besitzen, ihre Militärdienstzeit in der Anstalt absolvieren. Journalisieren, Beaufsichtigung, Execution der medizinischen und chirurgischen Verordnungen, würde sie hinlänglich zu ihrem Vortheile beschäftigen. Es ist zu erwarten, daß der Director einer Irrenanstalt in unserm Sinne nicht allein die Fähigkeit besitze, sondern sogar das Bedürfniß der Mittheilung fühlen und somit gewiß mit Vergnügen einen planmäßigen theoretischen mit dem practischen Unterricht verbinden werde. Auf diese Weise ließe sich somit ein schulgerechtes Studium der Seelenheilkunde leicht begnügen.

Aus der Zahl dieser Eleven würden späterhin die Assistenten zu wählen sein. Nach diesen einleitenden Bemerkungen gehen wir zur Beschreibung der einzelnen Anstalten über, und zwar in der Ordnung, wie wir sie besucht haben. Wir haben es nicht überflüssig erachtet, die besten Institute mit möglichster Genauigkeit aufzufassen und mit Zeichnungen zu versehen, für welche wir die Nachsicht der hohen Behörde mit dem Layen in Anspruch nehmen.

12. Die Irrenanstalt zu Palermo.

Hätten wir den großen *Esquirol* in seinem Treiben und Wirken nicht gesehen, so würden wir unbedingt sagen: fast am entlegensten Winkel von Europa geschah für die Behandlung der Geisteskranken am meisten. Diese Bemerkung schmälert aber die Vorzüge dieser Anstalt und die Verdienste (A 111)
ihres würdigen Direktors um dieselbe und die Wissenschaft durchaus nicht und sichert ihr vielmehr in diesen Blättern eine genaue und sorgsame Beschreibung.

a) Das Haus und seine innere Einrichtung.

Das große Irrenhaus in Palermo in Sicilien Real casa dei matti di Santa Teresa ist von allen Seiten isoliert und befindet sich vor dem Tore, welches nach Montreale führt. An seiner Fassade führt die breite, schöne Landstraße nach der Villa dei Porrazzi vorbei; die übrigen Seiten sind von Gärten umgeben. Es hat zwei Stockwerke, im ersten wohnen die armen Kranken, im zweiten die Pensionäre. Das ganze Gebäude ist in zwei Hauptabtheilungen, die rechte für die Weiber bestimmt, und jede dieser Abtheilungen wieder in vier Stationen, rechts und links, für die Grundformen der Geisteskrankheiten, abgetheilt.

Dieser Grundformen sind viere angenommen und zwar: 1. der Idiotismus; hierher rechnet man alle stille, ruhige und chronische Formen des Wahnsinns. 2. die Mania; die unruhigen Kranken werden hierunter verstanden. 3. die Hypochondrie (Melancholie). 4. die fixe Idee mit Melancholie (Monomanie).

Die Station ist, wo es thunlich und nöthig, mit Rücksicht auf die Krankheitsform eingerichtet. So ist z. B. die Station der Hypochonder und Monomaniker ausgesucht schön; sie hat eine herrliche Aussicht nach der Straße, den schönen, fernen blauen Bergen und Gärten, sowie auf einen Theil von Palermo. Die Wände sind mit schönen Frescogemälden versehen u. dgl. Die Station der Maniaci befindet sich in einem Vorhofe des Gartens, ist isoliert, hat kleine Gemächer mit starken eichenen Türen und Schiebfenstern einer mit einer Matratze belegten Steinpritsche. Das Äußere des schönen Hauses hat einfache, aber edle Verzierungen.

Über dem Haupteingange befindet sich ganz oben das königliche
(A 113) Wappen, gehalten rechts und links von einer Fama, schöne Stuckkunstwerke von Valerio Villa reale. Unter dem Wappen befindet sich folgende Inschrift mit vergoldeten Broncebuchstaben: »Humanitati et Munificentiae Francisci primi. Monumentum perenne MDCCCXXV.«

Hierunter sieht man eine schöne Frescomalerei, die der Basreliefarbeit gleicht, von Vincenco Riolo. Es ist eine auf die Bestimmung des Hauses Bezug habende Allegorie.

An die rechte Seitenfronte des Hauses grenzt ein Raum, worin sich die schönsten Arbeiten und Anlagen, von Irren ausgeführt, befinden, als: Grotten, Fontainen, Eremitagen, Statuen, Felsgegenden, Mosaikfußböden, Wandmalereien etc. Der die übrigen beiden Seiten begrenzende Garten ist unbeschreiblich schön; englische Partien, Feigen, Citronen, Orangen und Mandelbäume, Zypressen und Myrrthen, wechseln allenthalben ab mit den üppigsten Blumenbeeten, Fruchtbäumen anderer Art, Lauben und Fontainen. Am Ende desselben befindet sich ein großes, länglichviereckiges Steinbecken mit Wasser gefüllt, zum Bade für die Kranken bestimmt. Ohnweit davon bewundert man das griechische Theater in edlem Geschmack ausgeführt. Der Fußboden ist durchaus Mosaikarbeit, und das Ganze zu kleinen Vorstellungen eingerichtet. Es ist unter des Direktors unmittelbarer Aufsicht von Irren aufgeführt worden.

(Die ausführliche Beschreibung des Baues nach den der Akte beiliegenden Bauplänen, Seite 114—122, ist hier ebenfalls aus Platzgründen nicht gebracht.)

(A 123) b. Die Verwaltung des Hauses.

Da diese Irrenanstalt sich unter denen Europas so bedeutend auszeichnet, so haben wir es für nützlich gehalten, dieselbe in allen ihren Verhältnissen so genau als möglich zu beschreiben. Die Beschreibung der Verwaltung umfaßt zunächst die Angestellten und ihre Pflichten.

Cap. I. Der Direktor.

Art. 1.: Der Anstalt ist ein Direktor mit unbedingter Autorität vorgesetzt, der nur von der höchsten Behörde abhängig, und derselben verantwortlich ist. Der Director steht allen Theilen der Verwaltung vor (daher die Benennung Direttore Amministratore), so wie er die Execution aller für die Anstalt bestehenden Gesetze zu leiten hat. Er bestimmt unbedingt und ohne Rechenschaft über alles, was zur moralischen Kur der Geisteskranken gehört. Er wacht auf die Ordnung, Pflichterfüllung der Unterbeamten und alles, was auf das Gedeihen der Anstalt Bezug hat.

Art. 2.: Die Ernennung des Directors geht vom Könige und die Propo-

sition von der höchsten Behörde aus (der Luogotenente Generale in Sicilien).

Art. 3.: Die Behörde bestätigt und ernennt die übrigen Beamten der Anstalt auf Proposition des Direktors. Dieser kann sie bei Dienstvernachlässigung oder sonstigen Versehen sogleich von ihrem Dienst suspendieren, muß aber der Behörde davon unmittelbar Anzeige machen.

Art. 4.: Der Director ernennt und entläßt ohne weitere Verantwortlichkeit die Hausbeamten der unteren Klasse.

Art. 5.: Der Director sendet im Januar jedes Jahres die Nachweise, Berechnungen etc. über die Verwaltung des verwichenen Jahres ein.

Cap. II. Das ärztliche Personale.

Art. 6.: Wenn es gleich allgemein anerkannt ist, daß die Behandlungsmethode der Irren sich nur auf das moralische Princip stützen dürfe, so ist es doch erforderlich, daß für einzelne Fälle sich Ärzte in der Anstalt befinden, die einer solchen Mitwirkung vollkommen gewachsen sind und die nothwendigen indirecten Hilfsmittel ihrer Wissenschaft — Sturz- (A 125) bäder, Blutigel, Ableitungsmittel, Venaesectionen — zur rechten Zeit anzuwenden vermögen. Auf der andern Seite ist es nothwendig, daß der Irre davon überzeugt sei, daß sein Geschick in der Hand des Arztes liege, und die traurige und höchst nachtheilige Idee vermieden werde, daß sein Leiden durchaus unheilbar und darum auch eine ärztliche Aufsicht und Sorgfalt weder nöthig sei noch Statt finde.

Art. 7.: Aus diesen Gründen werden bei der Anstalt fungieren: Ein consultierender Arzt, medico consultore, zwei behandelnde Ärzte, medici ordinari, ein Arzt, ein Wundarzt, zwei Gehülfen, ein ärztlicher, ein chirurgischer, practici. Vier Zöglinge, Alumni, mit guten Vorkenntnissen, einem gebildeten Verstande und aus den Arzneikunde Studierenden gewählt.

Art. 8.: Der consultierende Arzt begiebt sich 3 Mal wöchentlich morgens in die Anstalt. Er hat dann eine regelmäßige Krankenvisite zu machen und die ärztlichen und chirurgischen Hülfsleistungen der Hausärzte zu controllieren.

Art. 9.: Jeden Donnerstag hat er sich in der Anstalt mit den Hausärzten zu einer Conferenz, unter dem Vorsitz des Directors, zu vereinigen, um den Zustand derjenigen Irren welche sich in ärztlicher oder chirurgischer Behandlung, befinden, zu berathen.

Art. 10.: Jeder besonderen Aufforderung des Directors sich in die Anstalt zu begeben, wird er ohne Weigerung nachkommen. Über die erfolgte Heilung eines Irren entscheidet derselbe in Verbindung mit den Hausärzten in einer Conferenz unter Vorsitz des Directors.

Art. 11.: Der Hausarzt, medico ordinario, macht täglich zu der in der Instruction vorgeschriebenen Stunde eine Krankenvisite. Er hat genau von den vorgefallenen Veränderungen des Krankheitszustandes Notiz zu nehmen; teils, um ins Journal eingetragen zu werden, teils, um die erforderlichen Abänderungen in der Behandlung eintreten zu lassen. (A 127)

Art. 12.: Will der Hausarzt ein Heilmittel anwenden, über dessen Nutzen Zeit und Erfahrung noch nicht hinlänglich bestimmt haben, so darf dies nur nach einer Berathung mit dem consultierenden Arzte und andern Medizinalpersonen, zu diesem Zwecke versammelt, unter Vorsitz des Directors der Anstalt geschehen.

Art. 13.: Gefährlich erkrankte Irre hat der Hausarzt täglich so oft zu besuchen, als der Zustand derselben es irgend erheischt.

Art. 14.: Nach der Visite unterschreibt der Hausarzt den Diätzettel, cibaria, für die Mittags- und Abendmahlzeit.

Art. 15.: Der Haus-Wundarzt, chirurgo ordinario, hat täglich diejenigen Irren zu besuchen, die an äußern Übeln leiden; wo es erforderlich, muß das mehrere Male geschehen.

Art. 16.: Die beiden Gehülfen wohnen in der Anstalt. Abwechselnd hat einer von ihnen die Wache und während der selben alle Veränderungen, sowohl in medic. als chirurg. Beziehung, bei den einzelnen Kranken in das für ihn bestimmte Journal einzutragen. Diese Notizen dienen den Hausärzten bei der Morgenvisite als Krankenbericht, und sie bestimmen darüber, ob sie ohne Abänderung im Journale stehen bleiben können oder nicht.

Art. 17.: Die Gehülfen, practici, begleiten die Hausärzte bei der täglichen Visite und tragen ihre Verordnungen, die sie späterhin zu executieren haben, mit Genauigkeit in ein besonderes Buch ein, um sie daraus späterhin zu Vervollständigung der Kurmethode etc. ins Journal zu schreiben. Der Defect wird täglich vom Director unterschrieben.

Art. 18.: Bei unvorgesehenen Zufällen können die Gehülfen zwar die bisher genommene Arznei aussetzen und eine neue Verordnen, müssen aber dem betreffenden Hausarzte oder Wundarzte sogleich davon Nachricht geben.

Art. 19.: Die vier Medicin Studierenden, welche dem ärztlichen Personale beigegeben sind, werden Zöglinge, alunni, genannt. Sie erhalten keine Besoldung, da die ihnen gegebene Gelegenheit zur Ausbildung für diesen
(A 129) Zweig ihrer Wissenschaft, als solche in Anschlag gebracht wird. Es steht ihnen daher die Benutzung der aus den classischen Werken über Geisteszerrüttungen bestehenden Bibliothek der Anstalt frei. Der Älteste derselben ist jedes Mal Bibliothekar.

Art. 20: Ihre eigentliche Dienstpflicht besteht in der Unterstützung der Gehülfen bei der Vollziehung der ärztlichen oder chirurgischen Verordnungen und der Anfertigung eines durchaus vollständigen und genauen Journals über jeden einzelnen Kranken.

Art. 21.: In der in Art. 4 erwähnten wöchentlichen ärztlichen Conferenz unter Vorsitz des Directors verlesen die Zöglinge zunächst die Journalistik der Ergebnisse und Veränderungen in der vergangenen Woche. Diese werden nochmals berathen, geordnet, berichtigt und dann erst rectifiziert von demselben in das große Register eingetragen, welches von der Anstalt als ein Aktenstück über jeden einzelnen Kranken betrachtet wird.

Art. 22.: Von allen in der Anstalt gestorbenen Kranken wird zur Erforschung der ätiologischen Verhältnisse eine genaue und sorgfältige Section gemacht.

Art. 23.: Das anatom. Theater, sowie alles, was darin vorgeht, muß für die Irren ein Geheimnis bleiben, um nicht zu schreckenden Vorstellungen Veranlassung zu geben.

Art. 24.: Die anatomischen Arbeiten finden unter Vorsitz des Directors, in Gegenwart der Ärzte, des Wundarztes Statt, und werden von den

Gehülfen mit Assistenz der Zöglinge verrichtet. Letztere entwerfen den Sectionsbericht. (A 131)

Art. 25.: Bei einer Section wird zunächst der äußere Körper genau inspiciert, dann die verschiedenen Cavitaeten, mit Einschluß der Rückenmarkshöhle und endlich jedes in diesen enthaltenen Organs, sowohl innerlich als äußerlich. Jede aufgefundene Veränderung oder Abnormität wird genau in den Sectionsbericht eingetragen und dieser dann, wenn er in einer Conferenz besprochen und gebilligt ist, als Schlußscene dem Register angehängt.

Art. 26.: Die Schädel und pathologen Theile werden, wenn sie Aufmerksamkeit der Ärzte erregen, präpariert und im pathologischen Cabinette aufbewahrt. Ihre Nummer muß mit der Nummer im Register genau übereinstimmen.

Art. 27.: Die Beaufsichtigung dieses Cabinettes, die Präparation der Gegenstände etc. ist dem chirurgischen Gehülfen anvertraut.

Art. 28.: Die in den wöchentlichen Conferenzen discutierten Beobachtungen und Reflexionen der Zöglinge und Gehülfen bei Vorlesung der Journale, sowie die Sectionsresultate, sollen die Grundlage eines besondern, allgemeinen Journales bilden, welches die genaue Entwicklung des in der Anstalt befolgten Heilverfahrens und seiner Resultate zum Zwecke hat, und alljährlich durch den Druck bekannt gemacht werden soll.

Art. 29.: Es ist jedem verboten, ein Buch oder ein pathologisches Praeparat mit zu Hause zu nehmen.

Capitel III. Das Unterpersonale der Anstalt.

Art. 30.: Der ganze übrige innere Dienst des Hauses steht zunächst unter dem Hausmeister, der hier Sopratendente genannt wird und nicht maestro dei matti, wie in allen übrigen Irrenanstalten Europas, sowie auch die Ausdrücke »Irrer, Wahnsinniger, Toller« durchaus verboten sind, um jede erinnernde Beziehung für die Kranken zu vermeiden. Unter dem Hausmeister steht sein Gehülfe, ajutante, unter diesem vier Wärter, custodi, und vier Hilfswärter, assistenti dei custodi, welche letztere aus den ruhigen Kranken der Anstalt gewählt sind.

Art. 31.: Für weibliche Kranke ist eine gleiche Einrichtung getroffen. Die Ober-aufseherin, governatrice, hat eine Gehülfin, ajutante, 3 Wärterinnen und ebenso viele Hilfswärterinnen, aus den ruhigen Kranken gewählt, unter sich. Die governatrice steht jedoch unter dem sopratendente, der für den ganzen inneren Dienst des Hauses dem Director verantwortlich (A 133) ist. Er und die Ärzte werden von der Behörde auf Vorschlag des Directors ernannt; alle übrigen Angestellten gehören zum Unterpersonale.

Art. 32.: Der Hausmeister muß ein Mann von anerkannter Rechtlichkeit und Sittenreinheit sein; dabei muß er mit einem festen Charakter doch die für seine Stellung nothwendige Sanftmuth verbinden. Er steht unmittelbar, wie alle übrigen Beamten, unter dem Director. Die innere Ordnung und Disciplin gehören zunächst vor sein Forum; ferner die Ausführung von Allem, was die moralische Behandlung der Kranken erheischt, ihre Bewachung, Nahrung, Reinlichkeit usw. Er führt ferner ein Register über den Eintritt, den Ausgang oder Tod der Kranken.

Art. 33.: Das übrige Unterpersonale steht unter dem Hausmeister, und ist er für die strengste Pflichterfüllung desselben durchaus verantwortlich.

Art. 34.: Der Hausmeister hat ganz besonders auf die sorgsamste Reinlichkeit eines jeden Theiles des Hauses zu wachen.

Art. 35.: Er hat unter dem Wärterpersonale eine Tag- und Nachtwache einzuführen. Derselbe ist ferner bei jeder Mahlzeit, bei jeder allgemeinen Vergnügung der Irren gegenwärtig; den ganzen inneren Hausdienst umfaßt der Kreis seiner Pflichten.

Art. 36.: Jeden Morgen stattet er dem Director Administrator einen schriftlichen Rapport ab, welcher der kleinsten Vorfälle Erwähnung tun muß, die im Laufe von 24 Stunden Statt gefunden haben und auf den innern Hausdienst Bezug haben.

Art. 37.: Sein Gehülfe, der ihn in allen Arbeiten zu unterstützen hat, soll ihm immer zur Seite sein, in der Abwesenheit des Hausmeisters soll er seine Stelle vertreten, sich aber nie ohne besondere Erlaubnis desselben aus der Anstalt entfernen.

Art. 38.: Nichts ist in einer Irrenanstalt[3]) als eine verhältnismäßige Zahl von Wärtern, zu der der Kranken. Außer der ungewöhnlichen Kraft in den Excessen der Wuth glauben die meisten derselben sich auch in geistiger Beziehung über die sie umgebenden Menschen erhaben.
(A 135) Es ist daher dringend nothwendig, daß sich ihnen allenthalben und schnell ein Verein, wenigstens von psychischen Kräften entgegenstellen kann, der sie thätig an ihre Abhängigkeit erinnert.

Art. 39.: Die vier Wärter müssen demnach starke und kräftige Leute sein, ebenso von gekannter Rechtlichkeit und nicht ganz ungebildet. Sie müssen sich so nehmen, daß sie mehr die Diener ihrer Kranken als ihre Wächter scheinen.

Art. 40: Die vier Hilfswärter aus den stillen und ruhigen Kranken gewählt, theilen die Arbeit derselben, insofern sie dazu fähig sind, und erhalten dafür monatlich eine kleine Renumeration.

Art. 41.: Die Oberaufseherin, governatrice, soll ihrerseits die nämlichen guten persönlichen Eigenschaften besitzen wie der Hausmeister und hat in ihrer Abtheilung ganz die gleichen Dienstverpflichtungen.

Art. 42.: Ihre Gehülfin steht zu ihr ganz in den Verhältnissen wie der Gehülfe zum Hausmeister.

Art. 43.: Das nämliche gilt von den Wärterinnen und Hülfswärterinnen.

Cap. IV. Noch einige andere Beamte der Anstalt.

Art. 44.: Außer den genannten Beamten werden noch folgende in der Anstalt wohnen: 1. der Koch, 2. der Tafelaufseher, 3. Garderobenaufseherin, 4. vier oder mehrere Wäscherinnen, 5. eine oder mehrere Flickerinnen, rappezzatrici, 6. der Matratzenmeister, materassajo oder Verfertiger, 7. die Arbeitsaufseherin für die Weiber, maestro delle donne, 8. der Portier.

Art. 45.: Der Koch dirigiert den täglichen Dienst, in der Küche mit Assistenz von drei der stillsten und ruhigsten Kranken, die den Namen Küchendiener, guatteri, führen.

Art. 46.: Der Tafelaufseher, refettoriere, mit 2 Gehülfen, ebenfalls aus der Zahl der ruhigen Kranken gewählt, hat für die größte Reinlichkeit und Vorbereitung des Speisesaales der damit verbundenen Wirth-
(A 137) schaft, masserizia, und die sorgfältige Anrichtung der Mahlzeiten zu sorgen.

---

[3]) Es fehlt hier wohl das Wort »notwendiger«.

Art. 47.: Die Garderobenaufseherin muß eine Caution erlegen oder eine sichere Bürgschaft stellen. Ihrer Sorge sind: Betten, Weißzeug, Kleider und alle Mäntel der Anstalt anvertraut.

Art. 48.: Sie hat für gewissenhafteste Erhaltung der genannten Gegenstände zu sorgen und führt die Aufsicht über die Wäscherinnen und Flickerinnen.

Art. 49.: Vier oder mehrere Wäscherinnen, eine Flickerin und eine hinreichende Zahl stiller kranker Frauen als Gehülfinnen sind der Garderobenaufseherin untergeordnet und verrichten den Dienst der Hauswäsche, Hand-, Bettuch- und Kleiderflickens.

Art. 50.: Der Matratzenmeister hat alle Tage die Matratzen und Strohsäcke nachzusehen, die schadhaften auszubessern und die beschmutzten mit reinen zu verwechseln.

Art. 51: Die Arbeitsaufseherin unterrichtet die Kranken Weiber im Nähen, Stricken, Weben und überhaupt denjenigen Arbeiten, die für das Geschlecht und den Stand passen, und beaufsichtigt dieselben. Sie muß stets im Arbeitssaale gegenwärtig sein, solange Kranke darin beschäftigt sind.

Art. 52.: Der Eingang des Hauses wird vom Portier bewacht, welcher mit einer besonderen Dienstinstruction versehen ist.

Cap. V. Administrationsbeamte der Anstalt.

Art. 53.: Sie sind: 1. der Rechnungsführer, segretario computista, 2. der Oeconom, 3. der Einnehmer, esattore.

Art. 54.: Der Rechnungsführer ist mit der Hauscorrespondenz, der Buchführung, den Verhältnissen der Kranken beim Eintritte und Abgange in oecon. Beziehung, und der Controlle der Hauslaste, in den Händen des Oeconomen, beauftragt. Er besorgt ferner die Zurücknahme der dem Hause gehörigen Fonds in der Bank, die Acte gegen Gläubiger, (A 139) erscheint wöchentlich in den Administrationsconferenzen im Hause des Directors. Er contrasigniert alles, was zum Rechnungswesen der Anstalt gehört.

Art. 55.: Er entwirft ferner die alljährliche Administrationsberechnung und die statistischen Notizen, so oft dergleichen verlangt werden.

Art. 56.: Endlich revidiert er jeden Monat mit der Garderobenaufseherin das gesamte Inventarium des Hauses.

Art. 57.: Der Oeconom wohnt in der Anstalt. Vor sein Forum gehört zunächst die innere oder Hausadministration. Er besorgt den Ankauf derjenigen Erzeugnisse und Gegenstände, welche die Anstalt nicht durch Contract oder Pacht haben kann. Die Vorräthe des Hauses stehen unter seiner Verantwortlichkeit und Aufsicht; er gibt davon täglich die im Reglement vorgeschriebene Quantität aus und muß für die Qualität der Comestibilien einstehen.

Art. 58.: Der Oeconom revidiert mit dem Hausmeister und der Oberaufseherin die Mahlzeiten der Kranken. Er hat die Besorgung der Hauserleuchtung. Er hat ferner die Kasse für die kleinen Austheilungen und Belohnungen im Hause, wovon er jeden Monat dem Director die genaueste Rechnung ablegt.

Art. 59.: Endlich hat sich derselbe noch jedem Auftrage zu unterziehen, der ihm vom Director zukommen dürfte.

Art. 60.: Der Einnehmer hat jede größere Summe, die nicht unmittelbar verwandt wird, der Bank für Conto der Anstalt unterzubringen.

Art. 61.: Er empfängt die Quartalzahlungen für die Pensionäre, führt Rechnung darüber und zeigt jede Säumigkeit dem Director an.

Art. 62.: Er reicht jeden Monat dem Director einen Bericht über seine Amtsführung ein, worin besonders die Depositengelder angegeben sind.

(A 141) Cap. 6. Der Gottesdienst.

Art. 63.: Der Kaplan der Anstalt hat die Verpflichtung in der Anstalt zu wohnen, und täglich für die Kranken eine Messe zu lesen, den Sterbenden beizustehen und ihnen jeden Trost der Religion zu gewähren.

Art. 64.: Es ist demselben ein Sakristan als Gehülfe beigegeben, dem die Sorge für die Ordnung und Reinlichkeit der Kirche übertragen ist.

2. Theil.

Behandlung der Kranken.

Cap. I. Von ihrer Aufnahme.

Art. 1.: Kranke jeden Geschlechtes, Alters und Ranges werden in der Anstalt aufgenommen.

Art. 2.: Jede Aufnahme wird von der höchsten Behörde unmittelbar verfügt (Luogotenente Generale), an welche jedes Gesuch dieser Art gerichtet sein muß. Militär- und Civilbehörden können in Nothfällen (Furor, Manie) zwar Kranke unmittelbar in die Anstalt senden, müssen aber den Director vorher oder gleichzeitig amtlich davon unterrichten, und Anzeige davon an die hohe Behörde machen, damit von dieser ein vorschriftsmäßiger Receptionsbefehl an den Direktor gelangt.

Art. 3.: Die Kranken werden im allgemeinen in 2 Klassen getheilt, in wohlhabende oder reiche und in arme. Die armen Kranken werden ganz auf Kosten der Anstalt verpflegt und behandelt; für die Wohlhabenderen oder Reichen wird dafür bezahlt.

Art. 4.: Armuth muß durch ein Zeugnis der Ortsobrigkeit, und für Palermo, Messina und Cattania der Sectionssenatoren nachgewiesen werden. Verwandte oder Kuratoren von wohlhabenden Kranken müssen sich verpflichten, die in der Instruction festgesetzte Summe mit Vorausbezahlung von 12 Ducati (16—17 rthr.) monatlich zu entrichten. Macht die Ungewöhnlichkeit des Falles abweichende oder complizierte Behandlung nothwendig, so haben sie sich mit dem Director über den Mehrbetrag der ursprünglich angenommenen Summe zu vereinigen.

(A 143) Art. 5.: Sind die bisher angegebenen Puncte in Ordnung, so wird der Kranke auf einen Specialbefehl des Directors in der Anstalt vom Hausarzte, dem Hausmeister und zwei Wächtern empfangen; die den Kranken begleitenden Personen müssen dem Hausmeister eine Note übergeben, welche über folgende Puncte Auskunft gibt: 1. den Geburtsort oder letzten Aufenthaltsort, 2. das Alter, 3. das Gewerbe oder Stand, 4. die Lebensart, 5. die muthmaßlichen Ursachen der Krankheit, 6. vorhergegangene Krankheiten, 7. den Gesundheitszustand der Angehörigen des Kranken, 8. die Mittel, welche vielleicht schon angewandt worden sind.

Ein unverbrüchliches Geheimniss wird über solche Krankheitsursachen verbürgt, welche Ruf oder Ehre anderer Personen betheiligen könnten, wenn sie bekannt würden. Wird eine solche Auskunft ver-

weigert, so werden die Kranken nicht aufgenommen, selbst wenn sie von ferne hergebracht worden wären.

Art. 6.: In einzelnen delicaten Fällen sind die Milit.- oder Civilbehörden angewiesen, eine solche Ausweisung dem Director persönlich zukommen zu lassen, entweder noch vor oder doch spätestens gleichzeitig mit der Ablieferung des Kranken.

Art. 7.: Der Hausmeister schreibt nun in ein Register folgendes ein: 1. Vor- und Zuname d. Kranken, 2. das Vaterland und Geburtsort, 3. den Tag d. Ankunft, 4. den Namen derjenigen welche ihn abgeliefert haben, oder 5. die Behörde, welche ihn gesendet hat. — Darauf übergibt er dem Alumnen die mitgebrachte, oben erwähnte Note, welche daraus dasjenige in ein anderes Register eintragen, was zur Wissenschaft und Krankheit insbesondere gehört; sie legen es zur Billigung dem Hausarzte vor und geben darauf dem Hausmeister die Originalnote zur Aufbewahrung im Archiv der Anstalt zurück.

Art. 8.: Nachdem dies alles geschehen, wird der Kranke in die Badestube geführt, hier sehen die Wächter genau nach, ob in den Kleidern Messer, Scheren, Nadeln oder Instrumente anderer Art, die Schaden bringen könnten, verborgen oder eingenäht sind. Darauf wird er in ein warmes Bad gebracht und sorgfältig gereinigt. Dies Bad wird 8—10 Tage wiederholt und giebt dem Arzte, den Gehülfen und Alumnen zugleich Gelegenheit, alle Theile des Körpers wiederholt und genau zu beobachten. Während dieser Badezeit bewohnt der Kranke das Beobachtungszimmer, stanza di opservazione. (A 145)

Art. 9.: Die Beobachtungen der Ärzte erstanden sich während dieser Zeit besonders auf vorher erlittene Verwundungen oder andere Injurien, auf organische Fehler, die äußerlich sich vielleicht bemerkbar machen und zur Krankheitserzeugung in ursächlichem Verhältnisse stehen können. Ferner richten sie ihre Aufmerksamkeit auf eine vielleicht vorhandene Verstellung; ist wirkliche Geistesstörung zugegen, so haben sie mit besonderer Genauigkeit die Phänomene zu beobachten und zu den verschiedensten Zeiten zu verfolgen, um nach deren Würdigung und vielseitiger Auffassung die Species morbi bestimmen zu können. Die psychische Konstitutuion, das Temperament der Kranken, die Richtung ihrer moralischen Ideen und Handlungen, der Zustand der Lebenskräfte, alles endlich, was zur richtigen Beurtheilung des Zustandes der intellektuellen Sphäre führen kann, muß gleichzeitig Gegenstand der Beobachtung werden. Ergibt sich Simulation, so wird das Individuum sofort aus der Anstalt gejagt oder seiner Behörde zurückgesendet.

Art. 10.: Die aufgenommenen Frauen werden zunächst der Oberaufseherin behufs der genannten Beobachtungen übergeben, worüber sie den Ärzten den genauesten Bericht abzustatten hat, welche sich übrigens von der Richtigkeit derselben persönlich zu überzeugen haben. Über diese Beobachtungen wird ein besonderes Journal geführt und daraus, wenn (A 147)
die Kranken in ihre Stationen abgeführt sind, die Colonne im Register nachgetragen. Es ist bemerkt worden, daß gleich beim Eintritte vom Hausmeister sowohl als von den Zöglingen der Kranke von jedem in ein besonderes Register eingetragen wird.

Art. 11.: Nachdem auf die angegebene Art die Species morbi mit Sicher-

7*

heit erkannt ist, wird dem Kranken mit Vorwissen des Directors die Schlafstube in derjenigen Station angewiesen, wohin der Fall zunächst gehört und nun ist er als »wirklich in die Anstalt aufgenommen« zu betrachten.

Art. 12.: Ehe der Kranke jedoch noch definitiv in seine Station abgeführt wird, soll er einige Tage vorher frei in der Anstalt herumgehen; dabei wird er von einem Wächter unter der Form eines Führers genau bewacht, ohne daß dies ihm bemerklich werden darf. Derselbe führt ihn an die angenehmsten Orte, in den Garten, die Recreationsräume, und besonders in die ihm bestimmte Station, um mit seinen Unglücksgefährten vorläufig bekannt zu werden. Nie darf der Kranke bei diesen Wanderungen Gegenständen begegnen, die ihn traurig oder unzufrieden machen könnten, z. B. dem Quartiere der Wüthenden etc., ebenso wenig darf sich der Wächter je eine Äußerung erlauben, die ihn glauben machen könnte, daß er sich in einem Irrenhause befinde.

Art. 13.: Nach dem Nachtessen und dem Abendgebete an dem bestimmten Tage wird dann der Kranke wirklich aus der Stanza di observazione in seine Station geführt und dort vom Wächter oder der Wächterin mit den Gebräuchen und Regeln der Anstalt noch einmal bekannt gemacht, um sich danach zu richten. Der Wächter verläßt ihn erst, wenn er zu Bette gegangen ist.

Art. 14.: Am andern Morgen wird der Kranke nun mit den Kleidern der Anstalt versehen, wenn dies aus besonderen Gründen nicht schon früher geschehen ist. Es muß besonders darauf geachtet werden, daß sich
(A 149) kein Band an ihrem Körper befinde.

Art. 15.: Die Pensionaire werden, wenn sie aus der Vorbereitung und der Stanza di observazione entlassen sind, in den obern Stock des Hauses und die ihrer Krankheit angemessene Station abgeführt. Sie erhalten dort eine elegant möblierte Schlafstube und eine besondere Verpflegung.

Art. 16.: Es ist durchaus verboten, daß Pensionaire ihre eigenen Diener oder Wärter mitbringen. Sie erhalten dieselben in der Anstalt.

Cap. II. Trennung der Irren von Verwandten und Freunden.

Art. 17.: Die moralische Behandlung der Irren ist, wie oben bemerkt, die einzig eingeführte Heilmethode. Ein Fundament derselben ist die strengste Absonderung der Kranken von allem, was Gefühl und Gewohnheit ihnen teuer und lieb gemacht haben, insofern letzteres sich nämlich nicht auf Bequemlichkeiten des Lebens bezieht. Eine solche Absonderung wirkt unmittelbar und kräftig auf die kranke Seelentätigkeit ein. Daher werden die Kranken in der Anstalt von allen ihren Verwandten, Freunden und selbst bekannter Dienerschaft getrennt, deren Gegenwart und Umgang ihre Actionen und Ideen aufregt, den sonst gebildeten Kranken eigensinnig, den ungebildeten widersätzlich macht. Eine Reihe von Erfahrungen hat es bewiesen, daß Irre im Kreise der Ihrigen nie genesen und besonders dann nicht, wenn dieser Kreis Gelegenheitsursachen für die Krankheit enthielt. Indem man die gewöhnlichen Umgebungen des Irren verändert, sieht man so häufig ihre kranken Ideen ebenfalls eine veränderte und oft heilsame Richtung nehmen.

Art. 18.: Da diese Trennung mithin für den Heilzweck als nützlich be-

trachtet wird, so ist einem jeden Verwandten, Freunde oder Bekannten der Zutritt in die Anstalt durchaus untersagt.

Art. 19.: Diese Trennung dauert bis zur genauen ausgesprochenen Recon- (A 151) valeszenz des Kranken.

Cap. III. Von der Reinlichkeit, der Art, die Kranken zu behandeln und mit ihnen umzugehen.

Art. 20.: Ehe der Versuch gemacht wird, eine Idee von der moralischen Heilmethode festzustellen, muß bemerkt werden, daß diese Methode sich auf allgemeine und bestimmte Regeln nicht reduzieren lasse. Doch besteht die Idee in der Bemühung, die Principien der Humanität in dieser unglücklichen Menschenklasse zu entwickeln oder zu entbinden.

Art. 21.: Alle Angestellten und Beamten der Anstalt, vom ersten bis zum letzten, haben an dieser moralischen Heilmethode ihren Antheil.

Art. 22.: Ein Haupttheil der persönlichen Behandlung ist die Reinlichkeit. Diese ist zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit allenthalben so nothwendig, und wird es doppelt in einer Irrenanstalt, wo sich so manches vereinigt, sie zu erschweren. Sie muß daher in jedem Winkel des Gebäudes vorherrschen, damit sich nirgendwo auch nur die geringste schädliche Ausdünstung und Geruch aus dieser Ursache entwickeln kann. Kleider und Bettzeug aller Kranken wird in der Regel jeden Sonntag gewechselt, sonst aber so oft jeden Tag, als irgend ein Stück beschmutzt wird. Aus diesem Grunde werden daher auch die Kranken täglich gebadet; die Frauen in den Badekammern, die Männer im Gartenbassin.

Art. 23.: Die Reinlichkeit wirkt außer ihrem heilsamen Einflusse auf den Organismus auch noch momentan erheiternd auf das Gemüth ein und kann daher mit Recht als ein Hauptmittel zur Kur der Seelenstörung betrachtet werden. Daher muß sie gerade ein Grundzug in jeder guten Irrenanstalt sein.

Art. 24.: Das Unangenehmste für die Irren und das, was sich zugleich ihrer Heilung am hartnäckigsten entgegensetzt, ist die Nothwendigkeit, sie zwischen Wänden zu halten, wodurch die Idee, daß man ihre Freiheit beschränke, sie gefangen halte, fast unabwendbar bei ihnen (A 153) entstehen muß. Um diesen Übelstand, wenn auch nicht auszugleichen, so doch wenigstens erträglicher zu machen, kommt alles darauf an, den armen Kranken ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich zu machen; jede Mahnung an Gewalt sorgfältig zu vermeiden und die Gegenstände an der kranken Imagination unter der trostreichen Gestalt vorüber zu führen. Jeder Beamte und Angestellte, der mit ihnen in Berührung kommt, muß sich ihnen freundlich und froh und wohlwollend zeigen.

Art. 25.: Besonders das ärztliche Personale muß sich durch ein festes, freies und offenes Benehmen das Vertrauen der Kranken erwerben. Dieselben sind, ohnerachtet ihres Leidens, in der Mehrzahl der Fälle für Freundschaft, Dankbarkeit und Ehre empfänglich.

Art. 26.: Man muß sich mit stets reger Aufmerksamkeit die Bewegungen und Neigungen der Irren beobachten, um in der Art der Krankheit und Individualitaet so tief einzudringen als möglich. Man bestrebe

sich, mit sanften und freundschaftlichen Worten, mit Gründen und Gleichnissen, die Kranken von der vorwaltenden Idee, Gefühl oder Trieb abzulenken; man suche endlich mit Geschicklichkeit und Ausdauer, den Irren zu den Gewohnheiten der gesitteten Gesellschaft und der Vernunft zurückzuführen.

Art. 27.: Von allen Mitteln, den kranken Ideengang der Irren zu unterbrechen und heilsam zu fixieren, ist keins so erprobt und nützlich, als eine beständige und ermüdende Beschäftigung. Eine mühsame Arbeit fesselt die Aufmerksamkeit der Kranken, macht ihre Circulation gleichmäßiger und verschenkt ihnen Ruhe und Schlaf. Zu diesem Zwecke sollen in der Anstalt mechanische Arbeiten aller Art stattfinden, mit besonderer Rücksicht auf das Handwerk und die früheren Gewohnheiten der Kranken.

Art. 28.: Die Gartenarbeiten und Ackerbau sind besonders wichtig. Ein natürlicher Instinct treibt den Menschen zur Kultur des Bodens an,
(A 155) auf dem er lebt; dies spricht sich fast bei allen Irren jeden Standes aus, und umso bestimmter, wenn diese Neigung zweckmäßig gefördert und geleitet wird.

Art. 29.: Die Frauen sollen sich, außer den Beschäftigungen, die ihr Geschlecht bedingt, in die Gartenarbeiten theilen die ihren Kräften angemessen sind.

Art. 30.: Eine andere nützliche Beschäftigung besteht darin, die Kranken zu innern Hausdienst zu verwenden. Dazu besonders die ruhigen Irren genommen und nach ihren Fähigkeiten in den verschiedenen Abteilungen des Hausdienstes angestellt. Sie erhalten dafür eine kleine monatliche Vergütigung, die zu ihrem Besten verwandt wird.

Art. 31.: Es ist durchaus untersagt, irgend einem Irren einen servilen Auftrag, außerhalb der Anstalt, ausrichten zu lassen, er sei so klein als er wolle.

Art. 32.: Der Körperbewegung und Erheiterung wegen sind in der Anstalt ebenfalls Spiele: Ball, Kegelschieben etc. eingeführt worden. Die Kranken ziehen sie dem Spazierengehen zur Erholung vor, und die Erfahrung lehrt, daß sie vieles zur Ordnung und Reihenfolge der Ideen beitragen. Diese Spiele finden besonders an Sonn- und Festtagen statt.

Cap. IV. Von der Disciplin.

Art. 33.: Die Disciplin in einem Irrenhause muß beständig — gleichförmig und unveränderlich sein. Die eingeführte Ordnung und Regelmäßigkeit in allen Angelegenheiten wird die Kranken bald selbst daran gewöhnen.

Art. 34.: Verschiedene Glockenschläge werden die Stunde für jede gemeinsame Arbeit oder Bewegung bestimmen, wonach sich der ganze Haushalt zu richten hat.

Art. 35.: Das erste Glockenzeichen zeigt die Stunde des Aufstehens im Hause an. Die Wächter und Diener verfügen sich so gleich in die Schlafstuben, um die Kranken zu bekleiden, die einer solchen Hülfe bedürfen. Darauf beschäftigten sie sich sofort unter Aufsicht der Gehülfen, des Hausmeisters mit der sorgfältigsten Reinigung der Sääle, Stuben und des Hauses.

Art. 36.: Die geschehene allgemeine Reinigung wird durch ein anderes

Glockenzeichen angekündigt, worauf der Hausmeister eine Runde zu machen hat und nachzusehen, ob sowohl die Kranken als ihre Betten, (A 157) Stuben etc. vollkommen rein sind. Er hört den Bericht der Wächter über etwa während der Nacht vorgefallene Unordnungen an, vergleicht diesen mit dem Rapporte, den ihm der ärztliche wachhabende Gehülfe oder Practikant jeden Morgen schriftlich einzureichen hat und stellt alles in einem Hauptrapport an den Director der Anstalt zusammen.

Art. 37.: Sind alle Kranken, vollkommen reinlich gekleidet, versammelt, so führt der Hausmeister sie in die Kirche, um die Messe zu hören. Darauf verfügen sich alle in ihre Stationen und Stuben zur Visite des Hausarztes und Wundarztes und Practicanten (Gehülfen), welche die Verordnungen und Recepte der erstern sorgfältig niederschreiben. Den Anfang und das Ende der ärztlichen Krankenvisite bezeichnen wieder einige Glockenschläge.

Art. 38.: Nach der Visite wird den Kranken das Frühstück verabreicht, welches jeder nach seiner Bequemlichkeit einnehmen kann. Nach dem Frühstücke begeben sich die Kranken unter Aufsicht der Wärter an die jedem angewiesene Arbeit bis zum Mittag.

Art. 39.: Dann werden dieselben in den Speisesaal geführt. Nach dem Mittagessen werden sie in ihre Stuben und Sääle eingeschlossen und ihnen im Winter eine, im Sommer drei Stunden Ruhe vergönnt.

Art. 40.: Dann werden sie wieder zur Arbeit geführt, welche bis zum englischen Gruße, eine Stunde vor der Abendmahlzeit, dauert.

Art. 41.: Jetzt werden sie wieder vom Hausmeister wie am Morgen zu einem Abendgebete in die Kirche geführt und von dort in den Speisesaal. (A 159) Nach der Abendmahlzeit wird jeder Kranke von den Wächtern in sein Schlafgemach geführt, und der Hausmeister hat nun noch eine besondere Runde zu machen, um sich davon zu überzeugen, daß ein Jeder mit allem Erforderlichen versehen sei. Darauf wünscht er ihnen mit Freundlichkeit und Liebe eine ruhige Nacht und verläßt sie; haben sie Bitten und Wünsche, so verspricht er ihnen deren Gewährung.

Art. 42.: Hierauf richtet der Hausmeister die Nachtwachen auf den Stationen unter den Wächtern ein.

Art. 43.: Die Oberaufseherin verfährt in der Weiberabtheilung ganz so, wie es dem Hausmeister in dem Männerquartiere vorgeschrieben ist und referiert diesem täglich, damit der Rapport, den er dem Director abzustatten hat, durchaus vollständig werde.

Art. 44.: An Sonn- und Festtagen sollen die Kranken, statt mit Arbeit, sich mit Spielen beschäftigen. Die Spiele beginnen morgens nach der Messe und dauern bis Mittag. Nach Tische beginnen sie abermals und dauern bis zum englischen Gruße; salutatione angelica.

Cap. V. Von den Zwangsmitteln.

Art. 45.: Wenngleich die Ketten und körperlichen Strafen aus der Anstalt als solche Maßregeln verbannt sind, welche gemeinhin die Anfälle der Wuth noch heftiger und hartnäckiger machen und im Kranken so leicht das Gefühl der Rachsucht erregen, so gibt es doch Fälle, wo Zwangsmittel angewendet werden müssen, um die Kranken zu ver-

hindern, sich selbst und anderen zu schaden. Dabei jedoch muß immer das Princip walten, daß der Irre nicht strafbar sei, weil er nicht zurechnungsfähig ist; daß mithin sein unglücklicher Zustand Achtung und Mitleid verdiene, umso mehr, da er ohne sein Verschulden leidet.

Art. 46.: Von allen den mannigfaltigen Zwangsmitteln, deren man sich in den Irrenanstalten Europas bedient, sollen in dieser nur 2 in Anwen-
(A 161) dung kommen, nämlich die Einsperrung in die eigene Stube des Kranken und die Zwangsjacke.

Nach unserer Erfahrung sind die Drehmaschinen, die Überraschungsbäder, die Zwangsbetten u. dgl. vielmehr schädlich als nützlich.

Art. 47.: Die Einsperrung unruhiger Kranker in ihre eigne Stube wird zunächst dem vorsichtigen und überlegten Urtheile des Hausmeisters und seines Gehülfen anvertraut, welche jedoch, wenn sie sich dazu veranlaßt sehen, dem Director davon unverzüglich Nachricht zu geben haben.

Art. 48.: Jede Gewalt jedoch, die ja in einem Irrenhause leider nicht immer ganz vermieden werden kann, soll ohne Geräusch und Aufsehen sondern mit Schonung und Menschlichkeit geübt werden.

Art. 49.: Die Wuth mit dem Zerstörungstriebe erfordert diese Gewalt ganz besonders, aber auch fast ausschließlich. Hinreichend wird es jedoch meistens sein, die Bewegungen der Arme und Füße zu verhindern, welches durch das Zwangshemde, camecia di forza, geschieht.

Art. 50.: Nur in seltenen Fällen werden energischere Mittel nothwendig werden. Ein solches ist das Sturzbad auf den Kopf, während der Körper sich in einem sehr warmen Bade befindet. Der Nutzen desselben ist hinlänglich anerkannt.

Art. 51.: Das Zwangshemde wird nur auf den Befehl des Direktors angelegt und zwar mit großer Vorsicht und nicht über eine gewisse Zeit hinaus; besonders ist dies bei Frauen nöthig, um Beschädigungen der Brüste zu verhüten.

Art. 52.: Der Director bedient sich des Zwangshemdes auch in einzelnen Fällen als Strafmittel und bei solchen Kranken, welche durchaus nicht zur Arbeit zu bewegen sind. Er macht ihnen jedoch dabei bemerklich, daß er sich nur mit Bedauern genöthigt sehe, zu diesem letzten Mittel greifen zu müssen.

(A 163) Cap. VI. Die Reconvaleszenz der Irren.

Art. 53.: Die Wiederkehr zu den früheren Gewohnheiten, der lebhafte Wunsch, die Seinigen wiederzusehen, ein richtiges Urtheil über die umgebenden Gegenstände, die Erkenntniss des eigenen Zustandes, die Scham über die Art der erlittenen Krankheit, die Furcht vor einem Rückfalle sind die sichersten Zeichen der vollkommenen Reconvaleszenz.

Art. 54.: Diejenigen Individuen, bei denen sich alle oder einzelne der genannten Zeichen markieren, sind als Reconvalescenten zu betrachten. Sie werden aus ihrer bisherigen Station in die Reconvalescentenstube, stanza di prova convalescenca, geführt, worin sie drei Monate bleiben, ohne mit den Kranken während dieser Zeit in Berührung zu kommen.

Art. 55.: In dieser Stube werden ihnen die bisherigen Hauskleider weggenommen und die eigenen, bis dahin in der Garderobe bewahrt gewe-

senen, wiedergegeben. Hier werden die Convalescenten von allen Beamten und Angestellten der Anstalt besucht und freundlich und heiter unterhalten.

Art. 56.: Es ist ihnen erlaubt, in denjenigen Stunden, worin die Irren anderswo beschäftigt sind, frei den Garten zum Spaziergange zu benutzen. Ebenso können sie die Anstalt nach ihrem Belieben verlassen; dabei werden sie jedoch von Personen, die für diesen Zweck bestimmt und angewiesen sind, allen ihren billigen Forderungen und Wünschen zu genügen, begleitet.

Art. 57.: Während der Reconvalescenz werden die Männer vom Hausmeister, die Frauen von der Oberaufseherin öfters zu Tische gebeten. Bei diesen Probemahlzeiten, conviti di prova, ist ein Arzt zugegen, und werden sie von Seiten der Anstalt ausgerichtet. Sobald unzweideutige Zeichen der wiedergekehrten Vernunft vorhanden sind, wird ihnen der Verkehr mit den Verwandten gestattet, und umso eher, wenn sie dies (A 165) selbst begehrt haben. Es muß sorgfältig vermieden werden, daß dies nicht zu früh geschehe, weil dadurch allein Rückfälle bedingt werden können.

Art. 59.: Der Director hat über diesen Punkt alleine zu bestimmen, und ertheilt die Erlaubnis durch ein Einlaßbillet. Dieses muß dem Hausmeister vorgezeigt werden. Sind es Männer, so wird der Verwandte ins Sprechzimmer für Männer geführt, und der Convalescent durch einen Wächter dahingeholt, ohne daß dem Besuchenden der Eintritt ins Innere der Anstalt gestattet ist. Sind es Frauen, so weist der Hausmeister die betreffenden Personen an die Oberaufseherin, welche die Angelegenheit dann auf gleiche Weise zu besorgen hat.

Art. 60.: Der Hausmeister soll bei diesen Visiten gegenwärtig sein, und durchaus nicht erlauben, daß den Reconvalescenten Geld, Speisen oder Getränke bei dieser Gelegenheit geschenkt werden.

Art. 61.: Bemerkt der Hausmeister, daß diese Unterhaltungen den Convalescenten Langeweile und Unannehmlichkeiten statt Vergnügen und Erholung verursachen, so muß er dieselben auf eine delicate Art zu beendigen und den Convalescenten wieder in seine Stube zu bringen suchen. Dem Director gibt er vom Erfolge einer solchen Unterhaltung sofort Nachricht und holt sich von ihm Verhaltungsregeln.

Art. 62.: Die Ausführung aller angeführten Artikel ist in der Frauenabtheilung der Oberaufseherin anvertraut. Auch sie muß bei jeder Visite gegenwärtig sein und so verfahren, wie der Hausmeister.

Art. 63.: Hat sich die Heilung während der drei Monate Beobachtung bewährt, so wird der Geheilte nunmehr seinen Verwandten oder den Behörden, die ihn der Anstalt übergeben haben, zurückgesendet. Derselbe erhält über die erfolgte Heilung ein vom Director und den Ärzten unterschriebenes Attest.

Art. 64.: Will man den Kranken während der Reconvalescenz oder der Behandlung wegnehmen, so wird er nur denjenigen Verwandten übergeben, die ihn begleitet oder gebracht haben. Verschlimmert sich aber nachher sein Zustand und man sollte seine Wiederaufnahme wünschen, (A 167) so wird dies unter keiner Bedingung mehr bewilligt.

Cap. VII. Verbot, die Kranken zu sehen und mit ihnen zu reden.

Art. 65.: Zu jeder Irrenanstalt drängen sich Neugierige, um in dem Unglücke ihrer Mitmenschen eine momentane Unterhaltung zu finden. Außer den unangenehmen Eindrücken, die dies auf die Beamten machen muß, werden aber dadurch die Unglücklichen auch agitiert und oft selbst zur Wuth gereizt. Darum ist es jedem Angestellten des Hauses, wess Standes er sei, strenge untersagt, jemandem die Erlaubnis zu geben, das Innere des Hauses in Augenschein zu nehmen, darin herumzugehen etc.

Art. 66.: Die ersten Autoritäten, Personen von anerkannter Rechtlichkeit und Menschenfreundlichkeit, ausgezeichnete Reisende etc., welche wünschen, die Anstalt und ihre innere Einrichtung sowie die Behandlungsmethode kennenzulernen, sind von diesem Verbote ausgenommen und können von einem Beamten, den der Director selbst bestimmen wird, herumgeführt werden. Dieser hat jedoch darauf zu achten, daß das aufgestellte Principe bei einem solchen Besuche nicht wesentlich verletzt wird; daß die Besuchenden keine Unterhaltungen mit den Kranken anknüpfen und sich nicht zu lange in den Stationen aufhalten.

Art. 67.: So wie den Verwandten und Angehörigen überhaupt der Zutritt versagt ist, wird er auch von ihnen abgesendeten Personen nicht gestattet. Sie können jedoch von Zeit zu Zeit eine Benachrichtigung aus der Anstalt fordern, welche ihnen Auskunft über den Zustand ihres Kranken gibt.

Cap. VIII. Die Verpflegung der Irren.

Art. 68.: Die beständige geistige, gemüthliche und körperliche Bewegung der Irren bedingt meistens einen gesunden Appetit, dem es nöthig ist, mit guten und kräftigen Nahrungsmitteln zu genügen. Demnach wird jedem Kranken, Männern und Frauen, täglich eine Portion Brod von 30 Unzen, ein Drittheil zum Frühstück, ein anderes zum Mittagmahl
(A 169) und das letzte zum Abendessen gereicht.

Art. 69.: Zu Mittag erhalten sie zwei gekochte Gerichte, eins in Suppe, eins in Rindfleisch bestehend.

Art. 70.: Zum Abendessen wird ein gekochtes Gericht gemacht, oder Salat mit einer Portion Käse oder Früchten der Jahreszeit gereicht.

Art. 71.: Die Suppe enthält Reis, Graupen oder Maccaroni und wird reichlich gereicht.

Art. 72.: Das Fleisch beträgt 5 Unzen à Portion und wird 5mal wöchentlich gegeben. Dienstags und Freitags erhalten sie statt des Fleisches mehr Suppe, Maccaroni mit Käse und noch ein Gericht aus Kartoffeln und Gemüse bestehend. Die Festtage sind durch die Religion bedingt, und es ist nur der Dienstag statt des Sonnabend gewählt, um Nachtheile durch die zweimalige Entziehung des Fleisches hintereinander zu verhüten. Das Abendgericht im Winter besteht aus 4 Unzen Polenta (ein Nationalgericht) und im Sommer aus Salat.

Art. 74.: Die Vertheilung der Früchte und grüner Gemüse findet täglich statt, um Scorbut-Affectionen zu verhüten, die bei Kranken, welche an einer beständigen Aufregung leiden, besonders in warmen Klimaten, nicht selten vorkommen.

Art. 75.: Ein Drittel Quart Wein mit Wasser verdünnt, die eine Hälfte zu Mittag, die andere zum Abendessen, ist hinreichend, den Irren den nöthigen Reiz für die Verdauung zu geben ohne die Gehirntätigkeit aufzuregen. Es wäre nicht ratsam, den Wein in der Anstalt zu entziehen, da der größte Theil der Kranken an seinen Genuß von Jugend auf gewöhnt ist.

Cap. IX. Verpflegung der Pensionäre.

Art. 76.: Sie erhalten des Morgens Kaffee mit Milch, Zucker und Brod.

Art. 77.: Ihr Mittagessen besteht aus 3 Gerichten, außerdem noch frische oder getrocknete Früchte nach der Jahreszeit.

Art. 78.: Abends erhalten sie zwei Gerichte, Salat oder Maccaroni, Fische oder Eier und Früchte.

Art. 79.: Sie erhalten Brod nach Belieben, jedoch nur ein Drittel Quart (A 171) Wein von der besten Qualität.

Art. 80.: Die Quantität und Qualität der Speisen, der Diätzettel etc. gehören vor das Forum des Arztes, der demnach hierüber zunächst bestimmt.

C. Die Krankenbehandlung.

In Specie.

Aus dem bisher Angeführten geht bereits hervor, daß der Psychiatrismus hier allenthalben vorwaltet und die somatische Ansicht und Behandlung der Geisteskrankheiten fast ganz wegfällt.

Demnach aber trägt jener in dieser Anstalt ein so eigenes Gepräge, daß eine genauere Beschreibung auch in dieser Beziehung nothwendig wird. Der jetzige Director, der real coha dei matti in Palermo, ist der *Baron Pisani,* ein kleiner, mehr starker, freundlicher Mann mit markierten südlichen Gesichtszügen und einem durchdringenden schwarzen Feuerauge. Ohne Arzt zu sein, hat er eine umfassende Bildung erhalten und einen großen Theil der Welt gesehen. Die Salpétrière in Paris erregte zuerst seinen Geschmack am Studio der Psychologie; nachdem er sich eine geraume Zeit fast ausschließlich damit beschäftigt hatte, fing er an, Irre genau zu beobachten und zu studieren; ebenso trieb er Anatomie und Physiologie, und versäumte besonders keine Gelegenheit, die Cadaver von Geisteskranken zu sezieren. Er überzeugte sich bald davon, wie fehlerhaft die bisherige Behandlung der Irren im allgemeinen sei. Er hatte von jeher die Idee aufgefaßt, diese Kranken wie Kinder zu betrachten, deren Seelenkräfte, durch Krankheit gebunden, in ihren natürlichen Äußerungen und Thätigkeiten behindert, so wie sie in der Kindheit nicht entwickelt sind; dadurch gewann er die Überzeugung, daß die Axiome einer rationellen Behandlung sich auf Moral und Humanität stützen müssen. Er wurde Director an der Anstalt in Palermo und fand hier das reichste Feld und ungebundenen Spielraum zur Entwicklung seiner psychiatrischen Eigenthümlichkeiten. Dem Gedeihen der Anstalt brachte er jedes Opfer seines Vergnügens und seiner Person. Bei einem höchst gebildeten Gemüthe, einem durchaus guten Herzen, (A 173) dem hellsten, vorurtheilsfreisten Verstande, bei seinem tiefsten Gefühle für die Heiligkeit und Schwierigkeit der Sache widmete er derselben seine ungetheilte Aufmerksamkeit. Er lebt daher nur unter seinen Irren, studiert ihre Individualität, Krankheitsformen und Gewohnheiten und gewinnt durch sein immer gleiches, freundliches aber gemessenes Wesen ein so markiertes Übergewicht und Ansehen, das sich sogar in Anfällen von Wuth bei den

Kranken selten verleugnet. Aber auch mit ungetheilter Liebe hängen die Kranken an ihrem Direktor, und folgende Beispiele mögen dies deutlicher beweisen, als Worte. *Pisani* konnte wegen Krankheit einige Tage in der Anstalt nicht erscheinen. Am dritten Tage konnte eine allgemeine Agitation nur dadurch beruhigt werden, daß sie in Abtheilungen von 10—15 vor sein Bett geführt wurden, um sich von seinem Dasein zu überzeugen. Als er endlich am siebenten Tage zum ersten Male wieder im Hause erschien, kam eine melancholische Frau auf ihn zu, um ihm ihre Freude zu bezeugen, welche in vier Wochen ihrer Abwesenheit mit besonderer Hartnäckigkeit verweigert hatte, ein Wort zu sprechen. Dadurch wird die Wirksamkeit *Pisanis* auf seine Irren fast unbeschränkt, und es mag eine Hauptursache darin liegen, daß so wenige Zwangsmittel gebraucht werden, und die Anfälle von Wuth so selten sind. Hieraus folgt von selbst, daß *Pisani* folgende 4 Hauptgrundsätze der moralischen Behandlung unverrückt vor Augen habe und sie gleichsam als leitende Genien in seine Anstalt dauerhaft einzuführen wußte.

1. Der Geist der Verrückten werde nie im Geiste ihrer Verrücktheit angesprochen.
2. Die exaltierten Vorstellungen, Neigungen und Triebe müssen nie auf geradem Wege angegriffen werden. Die Function muß so wenig als möglich angeregt werden, so lange das Organ, woran sie gebunden ist, sich in einem Zustande von Erregung befindet. Man wird daher mit eben der Sicherheit dem Podagristen Bewegung anrathen, als man dem Verrückten anhaltend und heftig mit Gründen der Vernunft widerspricht, um ihn (A 175) von seinem Irrwahne etc. abzubringen.
3. Demnach muß dem Geisteskranken der Glauben möglichst erhalten werden, daß er, wie ein Vernünfter behandelt werde, denn nur sehr selten ist seine Humanität erstorben. Wie schön und meisterhaft *Pisani* in dieser Beziehung verfährt, geht am deutlichsten aus der Beschreibung der einen Hauseinrichtung vor.
4. Die Humanität erfordert es dringend, den Unglücklichen nicht auch noch des letzten Guten der körperlichen Freiheit ganz zu berauben. So wie es heilsam ist, die Wut durch Austoben verbrausen zu lassen, ebenso ist es zweckmäßig für die Behandlung die Neigung zur Bewegung, welche so viele Irre zeigen, nicht zu hemmen und sogar möglichst zu unterstützen. Der wichtigste Hebel aller Thätigkeit und Wirksamkeit in dieser schönen Anstalt ist »die fortwährende Beschäftigung« der Kranken, und dieselbe ist zu einem Kulturgrade gediehen, wie in keiner der vielen Anstalten dieser Art, die wir gesehen. In allen sind Mittel und Ausführung hinter dem Willen und der Erkenntnis zurückgeblieben. *Pisani* hat den eigenthümlichen und schönen Gedanken aufgestellt, durch die Arbeit den Irren so vielseitig als möglich zu beschäftigen. Daher mußten die Arbeiten zunächst so viel als immer möglich vervielfacht werden und dies ist auf eine bewunderungswürdige Weise geschehen. Ackerbau, Gartencultur in allen Abtheilungen, Baumzucht, Malerey, Baukunst, Sculptur-Mosaikarbeiten wechseln mit leichteren Handarbeiten für die Anstalt, mit Dienstleistungen im Hause und Spielen, wohin militärische E..lutionen (unleserlich, d. Verf.) und Theater gehören.

Ein Hauptprincip besteht, wie angeführt, darin, den Kranken nicht allein körperlich sondern auch geistig zu beschäftigen und während die

Hände thätig sind, der Körper sich bewegt, zugleich die Seele als erkennendes, vorstellendes und denkendes Princip in Anspruch zu nehmen. Gewiß geschieht dies nicht dadurch, daß man den Melancholischen Holz spalten oder Erde karren läßt, wie es in den besseren Irrenanstalten geschieht; wohl (A 177) aber kann der angeführte Zweck in dem gewählten Beispiele dadurch erreicht werden, daß dem Melancholischen, wenn seine Bildung ihn irgendwie dazu befähigt, aufgegeben wird, eine neue Einrichtung mit einem Gartenbeete, entweder nach eigener Idee oder nach einem vorgezeichneten Grundrisse zu machen. Derselbe wird des Grundrisses kaum bedürfen, wenn er in dem Garten von geschmackvoll angelegten Beeten umgeben ist; ein natürlicher Instict wird ihn zur Vergleichung, zur Erkennung, zum richtigen Denken über seinen Gegenstand leiten; er wird selbst Harke und Schaufel führen, seinen Körper dadurch gleichzeitig beschäftigen, von seinem Irregefühl und partiellen Irrwahne abgeleitet werden und nach und nach ein hohes Interesse an seiner Arbeit gewinnen, von der er bald fühlt, daß sie seine ganze Individualität erleichtert. Ein anderer, an einer anderen Krankheitsform Leidender, wird in der Mosaiktäfeley unterrichtet; während des Unterrichts werden die Hauptthätigkeiten der Seele erregt, der Irrwahn, das Irregefühl etc. werden in den Hintergrund gedrängt, der Kranke genießt die wohlthätige Beschäftigung. Er lernt etwas Neues, gewinnt Interesse daran und ist überglücklich, wenn er die erste ihm selbständig übertragene Arbeit zur Zufriedenheit des allbeliebten Directors ausgeführt hat. Ebenso ist es mit den Grotten- und Fontainenbauten, mit der Frescomalerey, selbst mit der Sculptur. Dies sind nicht etwa hohle Hypothesen, sondern Wirklichkeiten, welche *Pisanis* Anstalt den ärgsten Zweiflern beweisen kann. Ihre Corridors sind mit niedlichen Malereyen bedeckt, ebenso mehrere Sääle; man sieht Mosaikböden von beträchtlichen Dimensionen, Statuen, die sich hie und da sogar über die Linie der Mittelmäßigkeit erheben, Grotten, Fontainen, die höchste Gartencultur; am meisten bewundert man aber das griechische Theater im Garten; es ist elegant und nach den Regeln der Baukunst ausgeführt. Und wo hätte *Pisani* so viele verschiedene Künstler in den 8 Jahren, die er der Anstalt vorsteht, hernehmen sollen, wenn er sie nicht fast alle zum Vortheile des Hauses und ihrer selbst zu bilden gewußt hätte?

Das Pflügen, Umgraben der großen Gartenbeete, Holzspalten oder Sägen und mehrere rein mechanische und bloß ermüdende Arbeiten sind für den aquirierten Blödsinn, deprimirten Willen (Abulia) oder Hypochonder oder Melancholiker mit sichtlich materieller Grundlage ihrer (A 179) Krankheitsform. So wie ihr Zustand sich bessert avancieren sie zu besseren Beschäftigungen.

Und wie vielen Stoff gibt diese Einrichtung nicht dem Director, dem Arzte und den Angestellten zur Unterhaltung, zur Belehrung ihrer Irren? Sie reden mit ihnen von ihren Arbeiten, von dem, was sie zu tun, was sie einzurichten gedenken und lassen ihm kaum Zeit übrig, den zweckmäßigen Stoff zur Unterhaltung mit ihren Kranken zu finden? Hält das Gefühl dieser Schwierigkeit sie nicht oft ganz davon ab, und liegt dies nicht endlich in der Natur der Sache? Auf diese Weise können wir uns die ungeheuere Mühe ersparen: den Kranken gesund zu beten und den Luxus, ihn gesund zu purgieren.

In der Frauenabtheilung des Hauses werden die angeführten Grund-

sätze, mit den Modificationen, die das Geschlecht nöthig macht, ebenso genau und sorgsam in Anwendung gebracht. Der Haupttheil ihrer Arbeiten besteht natürlich in weiblichen Arbeiten unter beständiger Aufsicht der Lehrerin und Aufseherin. Auch hier ist der Unterricht aus dem angegebenen physiologischen Grunde ganz besonders hervorgehoben; auch hier beweist die Erfahrung, wieviel darauf ankomme, die Fähigkeiten der Seele mit dem Körper gleich zu beschäftigen, und dieser Beschäftigung den Reiz der Abwechselung nicht fehlen zu lassen, den ja der vernünftige Mann nur schwer entbehrt.

Die Geschlechter sind hier nicht lächerlich streng gesondert; dadurch wird die fürchterliche Aufregung der Weiber am sichersten vermieden, wenn einmal ein Mann unter sie geräth. Auch ist der Einfluß dieser Einrichtung auf die ganze moralische Existenz dieser Unglücklichen unverkennbar wohlthätig.

Ein anderer wichtiger Grundsatz *Pisanis* ist der: dem Irren die Idee der Nützlichkeit und Wichtigkeit seiner Arbeit zu geben. Die Erfahrung habe ihm nachgewiesen, behauptet er, daß dem sonst gebildeten Irren nichts den Geschmack an Beschäftigung so sehr und oft unwiederbringlich verleiden
(A 181) könne, als die Erkenntnis ihrer Zweck- und Nutzlosigkeit. Man lasse den Melancholischen Festungen aus Sand bauen, um sie nachher wieder zu zerstören, und er wird des ewigen Wiederholens bald müde werden und die Arbeit hartnäckig verweigern. Man äußere hingegen Freude über das, was er vollbracht, man mache ihm den bleibenden Nutzen davon klar, und er wird sich selbst darüber freuen, so oft er es sieht; er wird vor Zerstörung durch seine eigenen Hände am meisten gesichert sein; er wird den Trieb fühlen, noch mehreres dieser Art zu leisten. Auch die Wahrheit dieser Thatsache bestätigt diese Erfahrung. Im schönen Garten wandern die Kranken frei herum, im Theater, im Hause; nie aber fällt es ihnen ein, auf ein Beet zu treten, was sie selbst angelegt, von dem Baume ein Blatt zu brechen, den sie selbst gepflanzt, die Wand mit einem Strich zu beschmutzen, welche ihre eigene Hand bemalte. Klagen, die man fast allenthalben hört.

Mit dieser regelmäßigen, täglichen Beschäftigung wechseln, wie bereits angeführt, die Spiele an Sonn- und Festtagen ab. Sie finden demnach nur selten statt, gewähren dafür aber auch den Reiz der Neuheit und ein herrliches Mittel zur Belohnung und Bestrafung, welches wegfallen würde, wenn sie täglich getrieben würden, oder wohl gar, wie es in manchen Anstalten der Fall ist, von der Willkür der Kranken abhängen. Ein sehr beliebter Zeitvertreib für die männlichen Kranken ist das Soldatenspiel. Es existieren dazu Uniformen mit gelben Aufschlägen und Holzflinten, ebenso Mützen. Auch sie bieten ein weites Feld für die Beschäftigung der verschiedenen Facultäten, für Auszeichnungen, Belohnungen und Strafen.

Es ist natürlich, daß bei dieser Einrichtung eine verhältnismäßige Aufsicht stattfinden müsse. Man sieht daher nie 4—5 allein: alle Wärter und Wärterinnen haben ein durchaus freundliches und zuvorkommendes Wesen, selbst einen gewissen Grad von Bildung und wirken alle im Sinne des Directors. Dieser Vorzug ist gewiß nicht der kleinste der Anstalt.

Zwangsbad und Sturzbad sind bereits als die hier üblichen alleinigen Zwangsmittel genannt. *P.* hat diesen jedoch kürzlich noch ein drittes und viertes zugefügt, welche der Erwähnung werth sind. Das eine besteht in

einer Hängematte, welche frei von der Decke, 2—3 Schuh hoch über dem Boden, herabhängt und selbst bei heftigen Bewegungen nirgends anstoßen kann. Wenngleich der Grundsatz strenge befolgt wird, geringere Grade von (A 183) Manie ruhig und ohne Widerstand austoben zu lassen und sich nur der Zwangsjacke unmittelbar nach einer »das eigene oder das Leben Anderer bedrohender Handlung« anzuwenden und dann nicht länger, als bis der Kranke feierlich versprochen, sich zu mässigen, so hat man für einzelne Fälle dennoch dies Mittel wegen der Heftigkeit und Dauer der Anfälle nicht für ausreichend gefunden. Dann wird nun der Kranke mit der Zwangsjacke bekleidet, seine Hände noch in einem Eisenringe am Gurte derselben besonders befestigt, in die genannte Hängematte gelegt und dieselbe über ihm zusammengeschnürt. Hier kann er ruhig liegen; die Matte folgt jeder seiner Bewegungen ohne ihm schaden zu können, und diese ungleiche Schaukelbewegung, bald vor, bald rückwärts, bald nach den Seiten, soll unendlich viel zur baldigen Beruhigung des Maniaci beitragen. Die Hängematte gleicht ganz der in Schiffen gebräuchlichen, nur ist sie von festerer Leinwand und mit festen Schnüren versehen. Ein anderes Zwangsmittel besteht darin, daß dem Kranken, nach der Anlegung der Zwangsjacke, ein starker Wasserstrahl mittelst einer großen Spritze anhaltend ins Gesicht geleitet wird.

P. will hiervon große Wirkungen gesehen haben, obgleich er, seinem eigenen Geständnisse zu Folge, nur selten in den Fall gekommen, es anzuwenden. Die vorkommenden Strafen für Ungehorsam, Trotz, Widersetzlichkeit u. dgl. tragen alle das Gepräge der Humanität. Sie werden durchgehens mit einer gewissen Feierlichkeit und Öffentlichkeit dictiert, wobei jedesmal bemerkt wird, daß man sich zu diesem Acte der Strenge nur sehr ungern veranlaßt sehe und nur das Beste des Bestraften beabsichtige. Den Wärtern und übrigen Angestellten des Hauses ist es strenge untersagt, die Kranken zu schelten oder auf irgend eine andere Art roh mit ihnen zu verfahren. Eine Rüge aus dem Munde des Directors wird schon für eine bedeutende Strafe gehalten. Fruchtet sie nicht, so folgen: Ausschließung von den Spielen, vom gemeinsamen Mahle, Degradation zum Gemeinen, wenn der zu Strafende in den militairischen Spielen vielleicht einen Rang hatte, Entziehung des Weines, Stubenarrest. (A) 185

Wohltuend ist die Reinlichkeit, die in der ganzen Anstalt nicht allein, sondern auch an der Person des Kranken vorherrscht. Sie sind einfach und gleichförmig gekleidet, aber alle fast sauber. Besonders angenehm fällt dies auf bei der Weiberabtheilung. Ebenso wichtig erscheint die eiserne Ordnung für jede Tagesstunde, für jede Bewegung, für jeden Vorfall zu sein, die im Hause eingeführt ist, und woran sich die Kranken sehr bald zu ihrem größten Vortheile gewöhnen. So wie alles andere, wird auch die Ankunft derjenigen Oberbeamten, die nicht in der Anstalt wohnen, durch Glockenschläge angekündigt. Fünfe kündigen das Erscheinen des Directors an, viere das des consultierenden Arztes und dreie das der Hausärzte.

Wir können uns von dieser schönen Anstalt nicht trennen, ohne die Bemerkung, daß, wenn *Pisani* zugleich Arzt wäre, wenn er dem somatischen Princip bei der Erzeugung von Geisteskrankheiten seine Stelle anzuweisen wußte, daher so genau zu individualisieren vermöchte, als es die Wichtigkeit der Sache erheischt und die pharmaceutische Behandlung endlich mit der moralischen in den oft unlöslich nothwendigen Einklang bringen könnte,

ohne sich dazu fremder Ansichten und Hülfe bedienen zu müssen, er gewiß allen Anforderungen an einen Irrenarzt genügen würde, die die strengste Kritik zu machen imstande wäre.

Es ist ferner zu wünschen, daß mit der Zeit noch mehr Sorgfalt auf die Bäder verwendet werde, denn die Vorrichtungen zu Douche und Sturzbad, bewegliche Wannen, worin der unruhige Kranke ohne fremde Beihülfe gehalten werden kann, die möglichste Leichtigkeit in der Füllung der Wanne mit warmem und kaltem Wasser etc. sollten einer so ausgezeichneten Anstalt nicht fehlen.

Ebenso haben wir ungerne zweckmäßige Latrinen vermißt, denn ohne dieselben läßt sich in einem warmen Klima ein gewisser durchdringender Geruch in großen Krankenstuben, trotz aller Reinlichkeit, nicht wohl vermeiden. Endlich wäre auch wohl noch Rücksicht auf die Complication der Epilepsie mit Manie zu nehmen. Die schönen Wiegenbetten für diese Unglücklichen in der Anstalt zu Aversa sprechen zu sehr an, um ihren Mangel oder wenigstens eine andere Einrichtung dieser Art hier nicht unangenehm
(A 187) zu empfinden.

Bei Beschreibung dieser Anstalt muß nothwendig auffallen, daß nirgendwo von einer Beschäftigung der Irren mit Lesen, Schreiben etc. die Rede ist; wirklich geschieht dies nicht, und *P.* hält es im Allgemeinen für schädlich. Den geisteskranken Gelehrten mit Lectüre beschäftigen, sagt er, hiesse offenbar seinen kranken Ideen fröhnen, seiner Verrücktheit und seinem Wahnsinn das Wort reden; selten ist seine Lebensart und Gewohnheit ohne bedeutenden Einfluß auf seinen kranken Geisteszustand geblieben und ebenso wesentlich, wie es ist, ihn dem Kreise seiner Verwandten und Umgebung zu entziehen, ebenso wichtig ist es auf der andern Seite, ihm die Gelegenheit zu nehmen, durch Bücher seinen Irrwahn zu nähren. Umgekehrt muß alles geschehen, diesen so selten als möglich in ihm aufkommen zu lassen, und dies geschieht am sichersten dadurch, ihm einen ganz anderen Thätigkeitskreis anzuweisen, als denjenigen, unter dessen Einfluß er krank geworden. Den ungelehrten Irren kann man noch weniger mit Lectüre beschäftigen wollen, wenn man nicht beabsichtigt, die Verwirrung seiner Ideen unheilbar zu machen und in ewiger Aufregung zu erhalten. Der Schöngeist würde endlich in jedem Werke dieser Art Nahrung für seinen Irrwahn, sein Irrgefühl oder seine kranken Triebe finden, der Erotomaniacus allenthalben sich als den Helden der Geschichte sehen usf. Mit einer rationellen Ansicht von dem Wesen der Geisteskrankheiten und ihrer nothwendigen Behandlung verträgt sich also im Allgemeinen diese Art der Beschäftigung gewiss nur selten.

13. Die Irrenanstalt zu Lyon.

Einen grelleren Contrast kann man nicht leicht sehen als die »Antiquaille« in Lyon und die Real casa dei matti in Palermo. Fremdenbesuche sind auch nicht eben angenehm, und es bedarf dazu einer eigenen Einlaßkarte von einer Magistratsperson. Die unsere wurde uns von dem freundlichen Dr. *Prunelle,* der zugleich erster Maire von Lyon ist, ausgestellt. Das Haus ist von außen sehr verwahrt und hat etwas Gefängnisartiges; es ist sonst geräumig und faßt 230 Kranke. Es hat eine Terasseneinrichtung; Männer und Weiber sind durch die Stockwerke gesondert, paterre wohnen
(A 189) die Männer, im ersten Stocke die Weiber. Letztere wohnen zu zwei und zwei in kleinen, einfach meublierten, aber durchaus reinlichen Zellen, ebenso die

meisten Männer. Beide Abtheilungen haben ein schönes Refectorium und einen geräumigen Hof zum Spazierengehen. In einem Seitentheile jeder Abtheilung befinden sich kleine Zellen für Maniaci; außerdem ein geräumiger und heller Saal mit den Zwangsbetten; sie sind von starkem Eichenholze und haben am Fußende einen Riemen, der gepolstert und dazu bestimmt ist, die Füße noch besonders zu fesseln. Der Kranke wird, mit dem Zwangshemde bekleidet, hineingelegt. Es waltet in der ganzen Anstalt die größte Reinlichkeit vor; sie hat Latrinen und ziemlich gut eingerichtete Badestuben mit Vorrichtungen von Sturzdouche und Regenbädern.

Aus der kurzen Beschreibung geht bereits hervor, daß von einer Sonderung der Formen, die Manie abgerechnet, fast gar keine Rede ist. Die Kranken laufen daher durcheinander — der Melancholiker mit dem Verrückten, der Wahnsinnige mit dem Blödsinnigen etc. Auch eine Abtheilung für die Reconvalescenten fehlt durchaus ganz.

16. Die Privatirrenanstalt *Esquirol*s zu Ivry.

Dieser berühmte Irrenarzt ist ein kleiner freundlicher Mann von (A 228) einigen 50 Jahren. Er hat eine vielseitige wissenschaftliche und umfassende Weltbildung; seinem Auge merkt man bald an, daß es an Beobachten gewohnt, selbst in der Auffassung feiner Nuancen im Chaos des menschlichen Charakters geübt sei. Gewandte Sitten und ein unverkennbarer Zug von Wohlwollen in seinem feinen Gefühle machen die Bekanntschaft mit diesem Manne leicht und genußreich. Seit fast 15 Jahren verkehrt er mit der Welt wenig oder garnicht mehr und lebt nur der Wichtigkeit seines Amtes und seiner Pflichten. Sein Körper ist schwächlich, sodaß er sich während der Visite ausruhen muß und dieser Umstand hätte seine Wirksamkeit als Irrenarzt, für den es so wichtig ist, durch ungebrochene Geisteskraft und eine entsprechende Körperlichkeit seinen Kranken zu imponiren, vielleicht seit einigen Jahren Abbruch gethan, wenn sein fruchtbarer Genius, der dies ohne Zweifel deutlich gefühlt, nicht durch die Wahl und Bildung seiner Assistenten, die in der seiner Direction anvertrauten Anstalt leben, so wie er es einst selbst gethan, diesem Übelstande nicht vorzubeugen gewußt hätte.

So ist in Ivry der Doctor *Mitivié,* sein Neffe, Assistenzarzt und wohnt im Hause. Die Wahl ist in jeder Hinsicht würdig und glücklich.

Die Irrenanstalt zu Ivry, einem Städtchen bei Paris, ist *Esquirol*s Eigenthum und für die Aufnahme von 32 Kranken eingerichtet, von denen (A 230) jeder jährlich 1000, 1500 bis 2000 Thaler nach unserm Gelde zahlt. Dennoch behauptet *Esquirol,* daß, wenn alle Stellen besetzt sind, er kaum die Zinsen des ungeheuren Kapitals, was die Einrichtung dieser wohlthätigen Institute verschlungen, gedeckt sehe. Auch deuten in der That seine einfachen Gewohnheiten, sein Leben im häuslichen und Freundeskreis, sowie seine Umgebungen nicht eben auf bedeutenden Reichthum.

Die Anstalt umfaßt einen Raum von etwa 12—14 Morgen Land. Auf diesem befinden sich verschiedene Gebäude, die alle von einander abgesondert sind und nur im allgemeinen durch die herrlichsten Anlagen von Gärten, englischen Partien und Aussichten verbunden sind. Natürlich hat jedes Gebäude durch Thore in den eleganten Eisengittern oder Umgränzungsmauern mit dem andern oder dem Ganzen eine besondere Verbindung. Das Ganze bildet ein längliches Viereck, von einer Mauer um-

schlossen, deren rechte schmale Seite nur 4 Fuß über den Horizont vorragt, um die Aussicht nach dem schönen Städtchen Conflant und seinen reizenden Umgebungen zu erhalten, die aber dadurch wieder die Höfe der übrigen Umfassungsmauer von etwa 12' erreicht, daß auf der innern Seite, längs derselben, ein 8 Meter tiefer Graben gezogen ist.

(Seite 231 bis Seite 247 handelt wieder von der rein baulichen Anlage der Anstalt und ist fortgelassen.

Die Administration dieser kleinen Musteranstalt ist höchst einfach und hängt natürlich ganz von ihrem Eigenthümer ab. Daß *Esquirol* bei seiner Behandlung bei weitem nicht so viel auf Diaet gibt, wie dies in Bicêtre der Fall ist, so ist die Küche in Ivry eine sehr gute. Sie hat einen eigenen Koch, der es den Gerichten an französischen Eigenthümlichkeiten nie fehlen läßt. Die gewöhnlich ärztliche Behandlung zerfällt in eine moralische und physische.

Als ein Hauptprincip derselben betrachtet *Esquirol* im Allgemeinen die Entfernung der Kranken von allen früheren Umgebungen, seltenere Fälle ausgenommen, und die Förderung und Bildung der Geselligkeit in seinen neuen Verhältnissen. Dazu verfährt er planmäßig und distinguirt die Formen; so bringt er z. B. den ruhigen Melancholiker mit dem friedlichen Schwätzer zusammen, um durch die eine Form die andere Form gleichsam zu temperiren. Der Melancholismus ärgert sich über das Geschwätz, aber dadurch wird er von der Betrachtung seines eignen Ichs ab- und gleichsam in die Welt gezogen. Die Consequenz seines Irrgefühls oder Wahnes
(A 249) wird gebrochen.

Es finden ferner Soirées Statt, wobei das Conversationszimmer ganz das Ansehen eines Gesellschaftssalons gewinnt, die Kranken en parure erscheinen müssen und sich ganz in der Welt glauben können. Auch bei diesen Gesellschaften findet eine sorgfältige Distinction der Formen Statt, und agitierte oder leicht aufregbare Kranke sind davon natürlich ausgeschlossen. Sie bestehen aus Herren und Damen, und es werden alle Gebräuche der großen Welt darin beobachtet. *Esquirol* selbst oder doch der Doctor *Mitivié* machen dabei den gewandten Wirth. Ein temporärer Ausschluß von dieser Soirée, der oft nur durch die nicht erfolgende Einladung am bestimmten Tage angedeutet wird, ist eine übliche und sehr wirksame Strafe. Auch die Mahlzeiten werden unter den Fittichen der Etikette abgehalten, und *Mitivié* ist meist bei denen der Männer und seine Gemahlin bei denen der Frauen gegenwärtig.

Der anhaltenden Beschäftigung der Irren redet *Esquirol* sehr das Wort, und es ist wahr, für Lectüre, Musik, Spiele aller Art ist mehr denn hinreichend gesorgt. Ein Plan oder System wird darin aber durchaus nicht befolgt, und der Kranke ist darin ziemlich seiner Willkür überlassen. Für eine körperliche ermüdende Arbeit habe ich nirgendwo eine Vorrichtung oder Anstalt gesehen, obgleich *Esquirol* die Vortheile derselben gegen uns hervorhob, und wir müssen gestehen, das uns dies auffallend genug gewesen, nachdem wir beobachtet, was der brave *Pisani* in dieser Beziehung geleistet. Beide großen Irrenärzte sind gleichmäßig vom Nutzen der Beschäftigung durchdrungen und streben nach der Erreichung ihres Zwecks durch so verschiedene Mittel! Der eine beschäftigt den Kranken im Kreise
(A 251) seiner Erziehung und frühern Gewohnheiten und führt diese Idee bis zu einer ungesehenen Höhe der Cultur, während er körperliche und heterogene

Arbeiten auffallend vernachlässigt; der andere wählt gerade diesen Weg und leistet darin ebenfalls das Mögliche, beachtet indessen die andere Richtung so wenig, daß man in seiner Anstalt weder ein Instrument noch Noten, weder Buch noch Conversationen und Gesellschaften findet!!

Für die körperliche Behandlung der Irren hat *Esquirol* durchaus keine Norm; jede Krankheitsform wird hinsichtlich ihres entfernten, nähern oder erblichen nosologischen Zusammenhanges mit dem Körper genau untersucht und nach diesem Resultate tritt die Behandlung ein, welche demnach bei dem einen antiarthritisch, bei einem andern antiscrophulös und bei einem dritten antiexanthematisch ist. Es tritt also ein merkbares Übergegewicht des Somatismus hervor, wenn sich auch der *Esquirol*sche vor jedem anderen dadurch auszeichnet, daß er sich nicht zum System erhoben hat und Individualisierung voraussetzt, woraus eine Annäherung an das System von *Groß* bedingt wird, der zur Erzeugung von Geisteskrankheiten die psychische Negation und das somatisch Positive als bedingend annimmt, mithin der einen und der andern Sphäre ihre Rechte einräumt und sich im Wirrwarr der Hypothesen über diesen Gegenstand der Wahrheit am meisten genähert zu haben scheint. Bäder werden in Ivry sehr oft gegeben.

Die Resultate der Behandlung in dieser Anstalt fallen sehr günstig aus, die Hälfte der Aufgenommenen und mehr noch werden geheilt. Dabei ist aber zu bemerken, daß nur solche Frauen admittirt werden, welche die Wahrscheinlichkeit der Heilung für sich haben; erfolgt diese nicht im (A 253) Laufe eines halben, höchstens eines Jahres oder ergibt sich in dieser Zeit nicht wenigstens eine bestimmte Hoffnung dazu, so werden die Kranken entfernt, weil *Equirol* den üblen Eindruck auf Neuaufgenommene fürchtet, wenn sie auf ihre Frage: Wie lange sich ihr neuer Bekannter hier befinde? die Antwort bekomme: zwei, drei oder mehrere Jahre. Auch hier ist die Erfahrung gemacht, daß, je humaner die Behandlung der Unglücklichen ist, desto seltener Anfälle von Wuth vorkommen, und ihr Erscheinen soll in der That in Ivry zu den größten Seltenheiten gehören.

Esquirol nimmt folgende 5 Grundformen des Wahnsinns an: 1. Monomania, 2. Lypomanie, 3. Melancholie, 4. Manie, 5. Dementia.

Für Irrenhäuser hält er folgende Abtheilungen und Sonderungen sowohl in wissenschaftlicher als practischer Beziehung für nothwendig: a) ruhige Monomaniaci, b) unruhige Monomaniaci, c) Lypomaniaci mit dem vorwaltenden Symptome besonderer Betrübnis, d) Dementes, e) Dementes paralytici (unreine Kranke), f) Dementes epileptici, g) Reconvalescenten, h) zugetretene Krankheiten, infirmarie.

Für Blödsinn hat er keine besondere Abtheilung, weil er annimmt, daß der Blödsinnige nicht wahnsinnig, sondern so geboren sei, und der Grund der mangelnden oder mangelhaften physischen Entwicklung allein in seiner Organisation gesucht werden müsse.

17. Die Irrenanstalten zu Charenton bei Paris.

Es ist die große öffentliche Anstalt, welche *Esquirol* dirigirt; doch kann man sich dieses Ausdrucks bei Pariser Ärzten nicht eigentlich bedienen, denn die Direction einer jeden Heilanstalt geht von der »Administration des hopiteaux« aus, die den Vorschlägen der behandelnden Ärzte zu Veränderungen und Verbesserungen nicht selten störend, sogar hemmend in den Weg tritt und demnach ihre Wirksamkeit sehr beeinträchtigt.

Die Anstalt ist bedeutend und dem angegebenen Zwecke ausschließlich gewidmet; sie faßt an 500 Kranke beiderlei Geschlechts.

(Seite 255 bis Seite 258, hier fortgelassen, handeln wieder von der baulichen Anlage.)

(A 259) Die Behandlung wird ganz nach den bereits mitgeteilten Principien geleitet. Die Geselligkeit spielt eine große Rolle, daher finden auch hier förmliche Gesellschaften Statt, die der tüchtige Assistenzarzt jedes Mal leitet, und wovon ausschließlich nur die Reconvalescenten Antheil nehmen. Bei den Mahlzeiten ist der Assistent ebenfalls abwechselnd zugegen.

Die körperliche Beschäftigung ist auch hier sehr vernachlässigt und nirgends sind Vorrichtungen bemerklich, welche auf ein System in dieser Beziehung deuteten. Man consultirt bei der Beschäftigung überhaupt hier nur den Willen des Arztes, ohne sich besondere Mühe zu geben, diesen zu wecken, wenn er nicht vorhanden ist. Spiele und sonstige Zeitvertreibe existiren in Charenton im allgemeinen nicht.

Esquirol fühlt es lebhaft, wie sehr der Irrenarzt durch seine Persönlichkeit wirken müsse, um sich das unbedingte Vertrauen seiner Kranken zu erwerben. Er verkennt es nicht, daß sein schwächlicher Körper dieser Anforderung bei 500 Kranken nicht mehr zu genügen vermöge, und deshalb hat er die moralische Seite seiner Wirksamkeit, insofern sie von der Persönlichkeit des Arztes abhängt, in Charenton sichtbar auf seinen wackern Assistenten, Dr. *Calermeille*, übertragen. Welche Seltenheit, daß ein Arzt den Zeitpunkt klar erkennt, wo er an einen ehrenvollen Rückzug denken muß, um dem Schmerze zu entgehen, sich selbst zu überleben! Wie würdig schildert dieser Zug allein *Esquirols* Charakter. Bei der Visite bat ein
(A 261) Kranker ihn wiederholt um etwas: Gratez pour cela: les épautes de mons. *Calermeille* — gab er zur Antwort: Il y peut faire plus que moi. Das würde *Esquirol* vor 10 Jahren nicht gethan haben und noch heute in Ivry, wo er nur 30 Kranke zu behandeln hat, um keinen Preis thun. Dieser eine Zug mag als Beleg für das oben Angeführte dienen.

Die Akte gibt in deutlichen bunten Farben so recht ein Bild damaliger Psychatrie und Irrenpflege wieder.

Wir haben es unternommen, an Hand derselben folgende Kapitel aufzustellen, wobei wir uns durchaus bewußt sind, daß diese Aufstellung teilweise eine willkürliche ist, indem Zusammengehörendes und Untergeordnetes selbständig hineingestellt wurde, doch wird dadurch eine übersichtlichere Bearbeitung der Akte gewährleistet. Die einzelnen Abschnitte lauten: 1. Strömungen in der Psychiatrie, 2. Behandlung der Geisteskrankheiten und der Geisteskranken, 3. Zwangsmittel, 4. Beschäftigung, 5. Trennung in Heilbare und Unheilbare.

Die Fortschritte, welche einerseits die humane Auffassung der Irrenfürsorge, anderseits der Beginn der wissenschaftlichen Auffassung der Geisteskrankheiten eingeleitet hatte, machten sich gleich zu Anfang des 19. Jahrhunderts nach zwei Richtungen hin geltend: der praktischen wie der theoretischen. Die zahlreichen Neugründungen von Irrenanstalten sind das Ergebnis der einen Richtung, während das Bedürfnis nach theoretischer Einsicht sich

zeigte in einem lebhaften Streit über die Grundfragen nach dem Wesen und den Ursachen der Geistesstörungen. Den Wendepunkt in der Geschichte der Psychiatrie stellt *Griesingers* Wirken (1817—1867) dar, das die medizinisch-empirische Psychiatrie begründete.

In der Zeit vor ihm, also in der Zeit, aus der die vorliegenden Akte stammt, dreht sich die wissenschaftliche Arbeit immer um den prinzipiellen Ausgangspunkt und um Fragen des Verhaltens der psychischen Krankheitssymptome zu den körperlichen. Diese Zeit von Beginn des 19. Jahrhunderts bis zu *Griesinger*, steht unter dem Zeichen des Streites der Psychiker und der Somatiker. Die »psychische« Auffassung sieht die unmittelbare Ursache dieser Krankheit immer von der Seele selbst ausgehend und betrachtet Verleugnung der Vernunft und Moral, Sünde und Leidenschaften als Quell psychischer Krankheiten. Die auftretenden somatischen Störungen sind sekundär und durch das Leiden der Seele erzeugt. Man kann die herrschenden Ansichten der Psychiker bezeichnen als religiöse (*Heinroth*, 1773—1843), psychologische (*Beneke*, 1798—1854) und ethische (*Ideler*, 1795—1860). Die Somatiker suchen den Ausgangspunkt aller psychischen Krankheiten in leiblichen Zuständen. Bei den Psychikern wie auch bei den Somatikern finden sich gleichermaßen genug und übergenug Reste von älteren-philosophisch-spekulativen Grundanschauungen, sodaß das Bild der Geisteskrankheiten trotz dieser Scheidung ein überaus vielfarbiges bleibt. Der religiös-spekulative Animismus *Stahls* (1660—1734), die *Brownsche* Erregungstheorie (1735—1788), die Naturphilosophie *Schellings* (1775—1854) übten ihren Einfluß aus, sodaß bei den Psychikern als auch bei den Somatikern die Anschauungen über Wesen, Ursachen und Behandlungsmethoden geistiger Störungen den gleichen Mangel an Klarheit bieten. Ja, beide kommen zu demselben Ziel. Dies soll später (Abschnitt über Behandlung und Zwangsmittel) gezeigt werden.

Gegenüber der Einseitigkeit der psychischen oder der somatischen Schule trat vermittelnd die gemischte Ansicht auf, welche die Grundsätze beider Richtungen zu vereinigen suchte.

Mandt und *Rust* bekennen sich (A 43, 44), zu keiner einseitigen Stellungnahme, sondern betonen, daß man den extrem einseitig eingestellten Irrenarzt, dessen Anstalt »entweder eine große, immer tätige pharmaceutische Werkstatt darstellt oder aber einem Betsaale gleicht und jede Arzneiflasche verbannt« für den ersten Kranken seines Hauses halten müsse. Vielmehr halten sie es für unwahrscheinlich »daß in zwei so verschiedenen Wechselwirkungen, als Körper und Seele es sind, das pathologe

Verhältnis sich immer nur nach ein und derselben ursächlichen Form« gestaltet.

Der Streit der Psychiker und Somatiker trug wesentlich zum Fortschritte der Psychiatrie bei. Naturgemäß finden sich in dieser Zeit die verschiedensten Ansichten, die auch zur Aufstellung von zahlreichen Krankheitssystemen führten. In der Akte sind u. a. die von *Groos* und *Esquirol* angeführt. (Bei der beabsichtigten allgemein-geschichtlichen Betrachtung kann ein näheres Eingehen auf Fragen damaliger Systematisierungen nicht erfolgen, zumal das Durcheinander der Anschauungen in diesem Punkt ein Eingehen schon räumlich nicht erlauben würde.) Und je unklarer das Wesen einer Krankheit ist, desto größer pflegt die Zahl der gegen sie in Anwendung gezogenen Mittel zu sein. »Der Reichtum der Mittel gegen bestimmte Krankheiten deutet auf die Armut und Not der Kunst.« *(Damerow)*. Gerade unsere Akte läßt dieses deutlich erkennen.

Lassen wir *Damerow* selbst einmal über die Heilungsweisen sprechen: »Die Heilungsweisen des Wahnsinns betreffend, so geht das Schwanken derselben aus dem Schwanken des Begriffs, der Ätiologie und Pathologie zum Überfluß als notwendig hervor... Das Reich der »Auchs« herrschet in der Therapie. Jeder sagt: meine Methode ist die beste, jeder zu den übrigen, meine ist auch die beste. Was wir oben bei dem Ursächlichen des Wahnsinns behaupteten, müssen wir wiederholen bei der Therapie, nämlich daß die Hauptmethoden derselben, die somatische, psychische und sog. indirekt-psychische, gleiche Ansprüche auf Recht haben, einzeln und an sich betrachtet, und daß sie alle drei notwendige Erscheinungen sind, so gut wie die ihnen entsprechenden Theorien. Obgleich diese drei Methoden sich durch ihre bestimmten Namen sondern, so borgen sie doch gegenseitig voneinander, und keine steht, ihrem Schilde gemäß, das sie an der Stirne trägt, da. Der Wechselwirkung von Leib und Geist können sie sich alle drei nicht entschlagen. —«

Mandt und *Rust* berichten uns über die damals herrschenden Behandlungsmethoden in großen Zügen. Eine Trennung in somatische und psychische wird deutlich, d. h. kann deutlich gemacht werden. So finden sie in Frankfurt a. M. (A 56) die »psychologische« Behandlungsart vorherrschend als die wichtigste und vom Verwalter Antoni geübte. Von einer medikamentösen ist nicht die Rede; wenn auch »der Unterleib genau betrachtet« wurde, so sah man doch nicht in jedem Irren einen Kranken mit einem organischen Fehler als Ursache. In München (A 62) wurde eine vorwaltende Behandlungsart nicht gefunden, eine ärztliche Tätigkeit fand überhaupt nur dann statt, wenn sich zu dem Wahnsinn körperliche Krankheiten hinzu gesellten wie auch in

Genua (A 79). In Venedig (A 71) zeigt die Behandlung »Außer der Humanität« nichts besonderes. In Milano (A 73) fanden unsere Berichterstatter in der dortigen zweiten Irrenanstalt eine ausgeprägt pharmaceutische Behandlungsweise mit Tart. emet., Veratrum, Brech- und Purgierkuren, Haarseilen, künstlichen Geschwüren mittels Kal. caust., Aderlässe usw., wie auch in Lyon (A 190), in der Salpétrière (A 192) und in Bicêtre (A 211) die somatische Behandlung größeren Raum einnimmt, als die psychische oder »moralische«. (d. Verf.) Auch in Bicêtre und in der Salpetrière spielen Aderlässe, Brech- und Purgiermittel, Tart. emet. und Antiphlogistica eine große Rolle.

Aus dem hier Angeführten geht hervor, daß die somatische Behandlung des Irreseins durch Anwendung von Brech- und Abführmitteln offenbar beherrscht wurde, noch beherrscht wurde. *Damerow* meint in seinem Buch »Die Elemente der nächsten Zukunft der Medizin«, daß das geschichtliche Studium der Behandlung des Wahnsinns für die Gegenwart etwas Demütigendes habe und verweist dabei auf die erste psychische Heilmittellehre von *Schneider*. Diese enthielt von Brechmitteln nicht weniger als 34, von Abführmitteln, außer den Mineralwässern, sogar 50 verschiedene, die in den mannigfachsten Zusammensetzungen zur Anwendung kamen. Die Brechmittel sollten einmal durch die Erschütterung zur Erregung der Unterleibsnerven und zur Anspornung der Tätigkeit verschiedener Organe führen, sodann die Befreiung des Magens und der oberen Darmteile von Schleim, Galle, unverdauten Nahrungsstoffen, Giften, Säuren und anderen Schädlichkeiten bewirken, endlich durch den Ekel gewisse Nervengebiete »antagonistisch« beruhigen oder anregen.

Die Anwendung der Abführmittel wurde hauptsächlich durch die nahen ursächlichen Beziehungen des Irreseins zu Erkrankungen des Unterleibes, namentlich der Leber, der Gedärme begründet. Es sollten hierdurch Kongestionen im Kopfe abgeleitet, Gefäß- und Nervensystem günstig beeinflußt werden. Die Aderlässe gehörten mit zu dem wichtigsten Rüstzeug der Somatiker; durch sie sollte auch das überfüllte Hirn von Blut entlastet werden.

Es sind in diesen Definitionen über die Wirkungsweisen der einzelnen Behandlungsmethoden unschwer philosophisch-spekulative Ideengänge aus Brownscher Erregungstheorie und aus Naturphilosophie zu erkennen. Es wird später noch einmal darauf zurückgekommen werden.

Bei dem Erzeugen künstlicher Eiterungen handelt es sich um die Ableitung einer krankhaft veränderten Materie im Sinne der Humoralpathologie.

In Palermo (A 141—156, A 171) zeigt sich eine ausge-

sprochene Vorherrschaft des Psychiatrismus, vielleicht als Tradition alter islamitischer Anschauungen, so daß die somatischen Behandlungsmethoden fast ganz in Fortfall kommen. Dies mag auch daran gelegen haben, daß der Leiter dieser Anstalt nicht Arzt, sondern Laie war. Vier Grundsätze leiten die Behandlung. Die Beschäftigung ist hier — wie noch ausgeführt werden wird — in Hausordnung und Behandlungsgrundsätzen fest verankert und hat hier ihre psychotherapeutische Würdigung im heutigen Sinne gefunden.

Wohin die Bemühungen, psychische Heilmethoden auszubilden und sie in ein Lehrsystem zu pressen, führten, läßt *Damerow* selbst erkennen. Er führt aus, daß aus dem Parallelismus der Wirkungsweise psychischer und natürlicher Heilmittel der Parallelismus der Anwendung hervorgeht; d. h. daß gleichartige Heilkräfte der psychischen und natürlichen Mittel gleichartige therapeutische Anwendung erheischen. Mit dieser Auffassung zeigt sich *Damerow* als ein Arzt, der nicht einseitig extrem dachte, sondern beide Extreme zu vereinigen suchte, selbstverständlich auch philosophisch spekulativ als Kind seiner Zeit beeinflußt.

Die Gemütsaffekte, z. B. mit dem Charakter der Exaltation sollten in ihrer Wirkung und Anwendungsweise den reizenden Arzneimitteln gleichen, die mit dem Charakter der Depression den schwächenden reizentziehenden Arzneimitteln. Die Freude sollte in mäßigen Gaben den gelind inzitierten Mitteln, z. B. der Valeriana, gleichen, die Furcht den kühlenden, salzigen, schwächenden Mitteln, der Zorn den ätherischen Ölen, der Ärger sollte in kleineren Gaben der Ipecacuanha, der Schreck den narkotischen Mitteln gleichen usw.

Der Zwangsmittel bei der Behandlung bedienten sich sowohl Psychiker als Somatiker. Auch hier wird diese Art der Behandlung den Lehrgebäuden gewaltsam eingefügt. Es ist die sog. »indirekte psychische Heilmethode«, die auch von der Brownschen Erregungstheorie abgeleitet wurde. Sie sollte ebenfalls, wie z. B. die Brech- und Abführmittel der Somatiker antagonistisch gegenüber sthenischen oder asthenischen Zuständen auf die erhöhte oder verminderte Hirntätigkeit wirken, bei den Psychikern sollte dadurch der aus Form und Ordnung geratene Mensch zur Vernunft zurückgeführt werden. Die eintretende Erschöpfung nach derartigen Prozeduren verwechselte man mit Beruhigung, mit Heilung.

Auch unsere Akte bringt noch genug derartiger Apparate wie Drehstuhl, Stehkasten, Stehbalken, Zwangssessel, Zwangsbetten, Zwangsjacken, Fußblock usw. In jeder der von ihnen besuchten Anstalten finden *Mandt* und *Rust* sie vor. Aber der

Bericht zeigt in diesem Punkte bereits den Anbruch einer neuen Zeit. Es zeigen sich in ihm bereits die Erfolge des Kampfes gegen die Ansicht von der heilenden Wirkung des Zwanges, welcher durch wissenschaftliche Begründungen immer noch Vorschub geleistet wurde. Man legte sich offenbar doch schon in der Benutzung der erwähnten Zwangsmittel die von *Pinel* und *Tuke* geübte Reserve auf und beschränkte sich im ganzen auf Zwangsjacke, Zwangsstuhl und Zwangsbetten, so in Frankfurt a. M. (A 50), wo neben den erwähnten Maßnahmen allerdings noch Stehbalken und Tretrad in »sparsamen« Gebrauch waren, dann München (A 64), Venedig (A 69, 70), Milano (A 70), Aversa (A 96), Palermo (A 183), Lyon (A 189), in der Salpétriere (A 205), in Bicêtre (A 221) und Ivry (A 250). Ausnahmen machen die Anstalten in Genua (A 77) und St. Lucas in London (A 296), wo die Beschränkung aller Kranken bzw. der unruhigen sogar noch durch Ketten geschah, wie ja Genua sich damals nach dem Bericht so zeigt, daß *Damerow* in seinem Gutachten meint, die Anstalt dort zeige, wie eine solche nicht sein soll.

Den mechanischen Zwang ganz abzuschaffen, versuchten zuerst 1838 *Hill* und *Charlesworth* in Lincoln. 1839 führte *John Conolly* die vollständige Beseitigung aller mechanischen Zwangsmittel in Hamwell (Middlessex) durch und erhob die Behandlung der Geisteskranken ohne mechanischen Zwang zu einem neuen Behandlungssystem (No-Restraint).

Dieser Name, der nur die Nichtbeschränkung bezeichnet, stellt nur einen Teil des Systems dar, denn zu der Nichtbeschränkung sollte sich unlöslich der Geist der Humanität gesellen. Dieser hatte natürlich schon vor *Conolly* alle guten Irrenärzte beseelt, — unsere Akte läßt dies ja immer wieder erkennen — seine Tat der vollständigen Beseitigung aller mechanischen Zwangsmittel stellte gewissermaßen den Abschluß dieser Richtung dar, indem nun vor allen Dingen zwangsläufig der andere Teil des Systems zur vollen Ausbildung und Durchführung kam.

Es dauerte noch längere Zeit, ehe die Forderungen überall und völlig erfüllt waren. Die Anforderungen, welche ihre Durchführung an Ärzte und Pflegepersonal stellte, waren anfangs nur geeignet, an dem Altgewohnten festzuhalten. Auch spielten Geldfragen eine nicht unwesentliche Rolle, denn eine Verbesserung der Unterbringung, der Beschäftigung und Zerstreuung und Vermehrung des Pflegepersonals waren dabei unerläßlich. In Deutschland war es besonders *Brosius*, der das No-Restraint-System 1858 auf der Naturforscherversammlung in Karlsruhe vertrat. *Ludwig Meyer* führte es zuerst konsequent durch auf der Irrenabteilung des Hamburger Krankenhauses

(1861—1863), dann folgten *Griesinger* und *Westphal* in der Berliner Charité (1867), danach *Gudden*, *Cramer*, *Zinn*, *Koeppe* u. a. Seitdem schlossen sich in Deutschland diesem Beispiele alle Anstalten an. Die Folge war die Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten für die Kranken, eine geminderte Abschließung der Anstalten nach außen u. a. Ein natürlicher Entwicklungsprozeß führte über das No-Restraint zu dem System der freien Behandlung, wie wir es heute haben. *Damerow* nimmt bereits 1829 der Behandlung durch mechanischen Zwang gegenüber folgende Stellung ein: »Diese mechanischen Mittel sind jedoch nicht ohne geschichtliches Interesse, da auch wohl die Weise, durch mechanische Mittel auf den Wahnsinn zu wirken, durchgemacht werden mußte. Selbst die Verehrer scheinen schon gleichgültiger gegen die Anwendung geworden zu sein. Gewiß werden sie später durch bessere, man möchte sagen, geistreichere Mittel, ersetzt und vielleicht nach Jahrhunderten in Rüstkammern als Raritäten gezeigt werden zur Verwunderung der Zeitgenossen.« Diese seine Stellungnahme wird auch aus seinem hier vorliegenden Gutachten ersichtlich (AG 51).

Die Beschäftigung der Geisteskranken finden wir bereits im 15. Jahrhundert. So berichtet *Pinel*, daß 1425 in Saragossa für die Kranken ausgedehnte Beschäftigungsmöglichkeiten geschaffen waren. Er schreibt, daß »eine mechanische Beschäftigung das Grundgesetz eines jeden Irrenhauses« sein soll. *Reil* hält ebenfalls die Beschäftigung für wichtig. Ähnlich äußern sich vor der Zeit, aus der unsere Akte stammt, *Langermann*, *Horn*, *Heinroth* u. a.

Auch *Mandt* und *Rust* fordern mit Rücksicht auf die Beschäftigungsmöglichkeiten, deren Wert in heilwissenschaftlicher und administrativer Hinsicht für sie unbestritten ist, hinlängliches Terrain für jede Anstalt. Gerade an Hand der Akte können wir aber sehen, daß trotz der begeisterten Fürsprache von Autoritäten die Betätigung ihrer Lehren noch recht unvollkommen war und in systematischer Ausübung noch eine relativ seltene Ausnahme darstellte. Es ist auch interessant, die verschiedenen Ansichten über die zweckmäßigste Art der Beschäftigung zu lesen. In Frankfurt a. M. (A 51) waren als Beschäftigungsarten Wollezupfen, Spinnen, Anfertigung von Matten und Decken und leichte Handarbeiten üblich. Zur unterhaltenden Beschäftigung, zur Zerstreuung dienten Billard, Karten-, Dame- und Schachspiele und das Lesen von Zeitschriften. Würzburg (A 62) zeigt ebenso wie München (A 63) und Salzburg (A 65) keine geordnete Beschäftigung der Kranken. Der Gerechtigkeit halber sei gesagt, daß dieser Mangel z. T. durch den beschränkten Raum verursacht gewesen zu sein scheint. Auch in Venedig (A 66) und in den beiden Anstalten Milanos (A 73), wo wohl eine

leichtere Beschäftigung besonders in den Frauenabteilungen üblich war, konnten stärkere, ermüdende Arbeiten wegen fehlenden Terrains nicht gepflegt werden. In Genua (A 78) scheint man dieser Art der Behandlung keinerlei Beachtung geschenkt zu haben, was aber den Leser, nach dem Vorhergesagten, nicht wundernimmt. In Aversa (A 106) legte man dagegen Wert auf eine zweckmäßige Beschäftigung, bei der die Art der Betätigung nach Sitte und Gewohnheit der Kranken ausgewählt wurde. *Mandt* und *Rust* betonen dieser Einstellung gegenüber die Notwendigkeit, den Irren zuweilen ganz anders zu beschäftigen, als es im Kreise seiner früheren Gewohnheiten gelegen. In Palermo (A 111) befindet sich die Beschäftigungstherapie offensichtlich auf hoher Stufe, denn im Art. 27 der in der Akte uns mitgeteilten Verwaltungsordnung, welche in der klaren Beachtung alles uns heute wichtig und wesentlich erscheinenden geradezu modern anmutet, wird besonders betont, daß »von allen Mitteln, den kranken Ideengang der Irren zu unterbrechen und heilsam zu fixieren keines so erprobt und nützlich ist, als eine beständige und ermüdende Beschäftigung.« (A 54) Artikel 27—32 berichten über die Arten der Beschäftigung. Die Beschäftigung ist hier also zu einem festen Bestandteil der Behandlung geworden, und hat ihre Sicherung und Verankerung in der vorbildlichen Hausordnung gefunden. Auch die weiteren Ausführungen Mandts (A 180 bis 182) lassen erkennen, auf wie hoher Stufe die Ansicht über die Beschäftigung der Geisteskranken gerade in Palermo unter *Pisani* stand. In Lyon (A 190) gewahrten *Mandt* und *Rust* dagegen wieder nichts von einer zweckmäßigen Beschäftigung. An den auf der Männer- und Frauenabteilung betriebenen Handarbeiten nahmen nur die teil, die es aus eigenem Antrieb taten, gleichsam um die Zeit totzuschlagen. Ein psychologischer, psychotherapeutischer Zweck liegt hier jedenfalls der Krankenbeschäftigung nicht zugrunde. Auch in der berühmten Salpétrière (A 207) legt man auf sie keinen besonderen Wert, dagegen in Bicêtre (A 224), wo die Patienten durch Überredung und Beispiel dazu angehalten wurden. Zu ersterer bedarf es geübter und für die Sache lebender Wärter, die das Vertrauen der Kranken haben, und zu letzterem gehört ein bestimmtes System in der Arbeit, Abwechselung und ein sichtbarer Zweck derselben, da sonst der Verständige so wie der Wahnsinnige bald die Lust daran verliert!

Über seine Eindrücke in Ivry (A 228) berichtet *Mandt*, daß Esquirol der anhaltenden Beschäftigung der Patienten sehr das Wort redet, doch meint dieser offenbar mehr eine Zerstreuung, so daß auch *Damerow* in seinem Gutachten auf Grund des Berichtes meint, daß es sich bei der Beschäftigung in der

Esquirolschen Privatanstalt mehr um die Art der höheren französischen Konversation handelt als um anstrengende körperliche und geistige Arbeit. In Charenton (A 260) und in St. Lucas in London war für eine planmäßige Betätigung kaum gesorgt.

So sehen wir nach diesem Gang durch die Akte, daß die Beteiligung an der Beschäftigung nur in seltenen Fällen von strengen ärztlichen Indikationen und Verordnungen abhängig war, im übrigen aber entweder gar nicht oder nur wenig beachtet war und dann lediglich als Unterstützung des Pflegepersonals bei ihrer Arbeit angesehen werden muß oder auch in das Belieben der Kranken gestellt war.

Von allen den von *Mandt* und *Rust* besuchten Anstalten zeigt sich Palermo auf besonderer Höhe stehend, denn hier findet sich die Beschäftigung der Kranken methodisch ausgebildet und zielbewußt angewendet. Die Beschäftigung hat hier gewissermaßen eine psychologische Grundlage erhalten.

Im allgemeinen Teil (§ 2, A 13—19) ihres Berichtes treten Mandt und Rust für eine absolute Trennung der heilbaren von den unheilbaren Kranken ein. Sie fordern diese Trennung einerseits, trotzdem sie anderseits die Schwierigkeit der Grenzziehung zwischen Heilbarkeit und Unheilbarkeit anerkennen. *Mandt* und *Rust* sind in dieser ihrer Forderung Kinder ihrer Zeit, denn von Beginn der Reformen an gewann gerade in Deutschland die Überzeugung an Boden, daß die erste Bedingung des Gelingens der Behandlung die Trennung dieser beiden Kategorien sei.

Wie aus der Akte ersichtlich ist, fanden *Mandt* und *Rust* im Auslande zur Zeit ihrer Reise keine absolute Trennung vor, wohl kann man die vorgefundene als eine relative bezeichnen, denn in ein und derselben Anstalt wurden an vielen Orten räumlich eine Trennung der heilbaren von den unheilbaren Kranken durchgeführt. So in Venedig (A 65), in Milano (A 73), in Genua (A 77), in der Salpétrière (A 103), in Bicêtre (A 214) und in St. Lucas in London (A 170).

Man hat damals auch in Deutschland sehr bald die Mängel einer absoluten Trennung eingesehen, die in der Kostspieligkeit der Einrichtung und Verwaltung derselben gelegen sind und in dem Umstande, daß die Grenzbestimmung zwischen Heilbarkeit und Unheilbarkeit eben eine sehr schwankende ist, und man sich scheute, trotz dieser Erkenntnis die Unheilbarkeitserklärung offen zu bekunden.

Damerow war es, der, zusammen mit *Roller*, sich gegen die absolute Trennung wandte und für die relative Vereinigung von getrennt zu haltenden, aber räumlich und verwaltungstechnisch

eng miteinander zu verbindenden Heil- und Pflegeanstalten eintrat.

Die Vorurteile, die gegen die Berührung von heilbaren mit unheilbaren Kranken bestanden, wurden auch in Deutschland wie in anderen Ländern allmählich immer mehr überwunden. Die Beziehungen zwischen den Heil- und Pflegeanstalten wurden immer inniger und die Trennung bestand mehr in der Idee als in der Wirklichkeit. Ende der fünfziger Jahre erklärte *Damerow* selbst diesen Standpunkt für überwunden. Nach und nach ging die relative Verbindung in eine absolute Vereinigung über, wie wir sie heute haben.

Wie weit man in der damaligen Zeit im Systematisieren, Einteilen und Ordnen auch räumlich ging, zeigt das Bestreben, die Patienten nach den Krankheitsformen in der Anstalt getrennt unterzubringen. Dies berichten z. B. *Mandt* und *Rust* von Palermo (A 111). Hier geschah die räumliche Unterbringung nach 4 Grundformen: 1. Idiotismus, 2. Mania, 3. Hypochondrie (Melancholie), 4. die fixe Idee mit Melancholie (Monomania). *Damerow* bemerkt dazu, daß dies Bestreben nach sorgfältiger wissenschaftlicher und praktischer Prüfung nicht zur Nachahmung zu empfehlen sei.

Damerow weist darauf hin, daß erst die in den zwanziger Jahren des 19. Jahrhunderts sich anbahnende Trennung der Heil- und Pflegeanstalten die Überzeugung von der Heilbarkeit einer großen Anzahl von Seelenkranken zum allgemeinen Bewußtsein gebracht habe, und auch *Griesinger* meint dazu, daß zu jener Zeit die Möglichkeit, einen gewissen Teil der Geisteskranken zu heilen, erst entdeckt worden sei.

Es kann gesagt werden, daß es zu der Zeit, aus der unsere Akte stammt, auch gerade in Deutschland Anstalten gegeben hat, welche die Errungenschaften einer neuen Zeit in größerem Umfange bereits aufwiesen als die in dem Bericht erwähnten. *Damerow* weist in seinem Gutachten ja auf diesen anfänglich vielleicht als Mangel imponierenden Punkt in dem Bericht hin und erwähnt dabei lobend, von den deutschen Anstalten: Siegburg, Leubus, Sonnenstein, Heidelberg, Hildesheim, Sachsenberg und Bayreuth. Gerade der Bericht zeigt aber, daß die Errungenschaften noch nicht Allgemeingut waren, er zeigt das Fließende eines Entwicklungsprozesses.

Die Akte in ihren hauptsächlichen Teilen wiederzugeben erschien uns wünschenswert deshalb, um so das Bild, welches gewissermaßen unbefangene Maler gemalt haben, durch sich selbst wirken zu lassen. Und so sollen auch die Ausführungen des Verfassers keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Sie wollen

nicht das Lesen der Akte überflüssig machen, sondern durch sie hindurch leiten und Zusammenhänge aufzeigen.

Die Akte soll selbst sprechen als ein Stück Medizingeschichte und damit Kulturgeschichte. Daß Medizingeschichte zugleich Kulturgeschichte ist, zeigt gerade die Geschichte der Psychiatrie. Sowohl als ärztliche Kunst wie als Wissenschaft ist sie immer eng mit der Kultur und ihrer Entwicklung verbunden. Die Sonderstellung der Psychiatrie auf der Grenze von Körper und Geist bedingt die Wichtigkeit dieser Verbindung.

Jedes Kulturgebiet, das uns heute als abgegrenzter Kreis der gesamten menschlichen Betätigung entgegentritt, ist etwas Gewordenes, Gewachsenes. Wer es beherrschen will, darf sich nicht begnügen, in seine heutige Erscheinungsform einzudringen, ihre inneren Bedingungen und auf andere Kulturkreise hinweisenden Beziehungen aufzusuchen und auf Bedeutung und Wert zu prüfen. Er muß auch den Weg der Entwicklung verfolgen, der beschritten werden mußte, um gerade das Ergebnis zustande zu bringen, mit dem wir es heute zu tun haben. Erst mit dem Finden dieses Weges gehen uns alle die Umstände auf, unter deren Einwirkungen seine Gestaltung sich vollzog. Hierzu beizutragen ist der Zweck der Veröffentlichung vorliegender Akten.

Adam, Geisteskrankheit in alter und neuer Zeit. — *Andel, van,* Über die Anwendung von mech. Zwangsmitteln in der Psychiatrie, Allg. Z. f. Psych. 36. Bd., 1880. — *Birnbaum,* Geschichte der Psychiatrie, Bumkes Handbuch. — *Damerow,* Die Elemente der nächsten Zukunft der Medizin, Berlin, 1829. — *Damerow,* Über die relative Verbindung der Irrenheil- und Pflegeanstalten, Leipzig 1840. — *Diepgen,* Geschichte der Medizin. Sammlung Göschen, I/III. — *Fraenkel,* Italiens Irrenwesen im Anfang unseres Jahrhunderts. Allg. Z. f. Psych. 48. Bd., 1892. — *Griesinger,* Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Braunschweig 1876. — *Gründer,* Medikamentöse Behandlung der Geisteskrankheiten zur Zeit Flemmings, Allg. Z. f. Psych. 95. Bd., 1931. — *Haeser,* Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten, Jena 1875—1882. — *Hecker,* Beschäftigungstherapie vor 100 Jahren unter Flemming, Allg. Z. f. Psych. 95. Bd., 1931. — *Heinroth,* Anweisung für angehende Irrenärzte zur richtigen Behandlung ihrer Kranken. Leipzig 1825. — *Ideler, C. L.,* Arl Wilhelm Ideler und seine Stellung in der Entwicklung der Psychiatrie. Allg. Z. f. Psych. 51. Bd., 1895. — *Ilberg,* Von der Gründung der Irrenheilanstalt Sonnenstein im Jahre 1811 und der Behandlung der Seelenkranken daselbst vor 100 Jahren. Allg. Z. f. Psych. 84. Bd., 1926. — *Kirchhoff,* Grundriß der Geschichte der deutschen Irrenpflege, Berlin 1890. — *Kirchhoff,* Deutsche Irrenärzte, Berlin 1921, I. und II. — *Kirchhoff,* Geschichte der Psychiatrie, Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie, Leipzig 1912. — *Kraepelin,* 100 Jahre Psychiatrie, Z. f. d. ges. Neur. und Psych., Bd. 38. — *Laehr,* Gedenktage der Psychiatrie, — *Laehr,* Zum 28. Dezember 1898, Allg. Z. f. Psych. 55. Bd., 1898. — *Laehr,* Ein Blick rückwärts, Allg. Z. f. Psych.

50. Bd., 1893/94. — *Medow,* Krankengeschichten und Krankheitseinstellung in der Heil- und Pflegeanstalt Sachsenberg vor 100 Jahren. Allg. Z. f. Psych. 95. Bd., 1931. — *Meyer-Steinegg-Sudhoff,* Geschichte der Medizin, Jena, 1928. — *Möbius,* Zum Andenken an J. Ch. A. Heinroth, Allg. Z. f. Psych. 55. Bd., 1898. — *Neuburger-Pagel,* Handbuch der Geschichte der Medizin, Jena 1902. — *Pinel,* Philosophisch-medizinische Abhandlungen über Geistesverwirrungen, Übersetzung von Wagner, 1801. — *Roller,* Die Irrenanstalten nach allen ihren Beziehungen. Karlsruhe 1831. —

Über *Mandt:*

E. Gurlt in Allgem. Deutsch. Biogr. XX, pag. 180. — Veronika Lühe, Ein Deutscher Arzt am Hofe Kaiser Nikolaus I. von Rußland. Lebenserinnerungen München, Leipzig 1917.

Über *Carl Rust:*

Calissen, Medizinisches Schriftstellerlexikon der jetzt lebenden Ärzte, Wundärzte und Geburtshelfer, Kopenhagen 1833, Bd. 16, S. 438, und Altona 1844, Bd. 32, S. 52.

An dieser Stelle gestatte ich mir Herrn Prof. Dr. *Diepgen* für die Überlassung der Arbeit, ihm und Herrn Prof. Dr. *Zeiß* für die liebenswürdige Unterstützung zu danken.

(Aus der Medizinischen Klinik Erlangen. Vorstand: Prof. *L. R. Müller*.)

Zum Problem der Narkolepsie.

Von

Josef Wilhelm Krick, ehem. Volontärarzt der med. Klinik in Erlangen.

Das Schrifttum der Narkolepsie (= Nkl.) zeigt, — bei der Fülle entgegenstehender Ansichten, Theorien, Meditationen und Hypothesen, welche sich nur mählich neuerdings nach einer Richtung konzentrieren —, daß wir trotz aller Fortschritte auch heute noch lediglich von einem Problem der Nkl. sprechen können.

Obgleich das Wesen der Nkl. hinsichtlich der Erscheinungsform bereits als festumrissenes Krankheitsbild, — fast möchte ich sagen geläufig ist, sind wir doch in den grundlegenden Fragen noch immer gezwungen, uns auf dem Boden der Spekulation zu bewegen. Ich denke in erster Linie an den Wirkungsmechanismus der ätiologischen Momente, an die Probleme der Lokalisation, die anatomisch-pathologischen Rätsel dieser Erkrankung. Der *Gélineau*sche Begriff von der Art der Schlafzustände hat sich insofern gewandelt, als wir ihn heute enger fassen und ähnliche Erscheinungen streng abtrennen. Dies ergibt sich aus dem anderen Charakter jener Schlafanfälle, — von den narkoleptischen (= nkl.) fordern wir, kurz gesagt, weitestgehende Übereinstimmung mit den Symptomen des normalen Schlafes, mit Ausnahme ihres zeitlichen Einsetzens. Auch beim natürlichen Schlaf sinkt der Tonus der quergestreiften Muskulatur, — eine Parallele zum nkl. Anfall, welche uns heute die Verbindung herstellt zum zweiten Kardinalsymptom, das wir von der echten Nkl. fordern. Einzelne Autoren sehen zwar diesen Zustand nur als komplizierendes Syndrom der Nkl. an, doch erscheint uns die Forderung bei Berücksichtigung des häufigen Zusammentreffens mit dem Schlafsymptom und der Parallele mit dem physiologischen Schlaf als wohlberechtigt. Wenn der nkl. Tonusverlust auch noch andere Merkmale als derjenige des physiologischen Schlafes aufweist, — d. h. besonders bezüglich der Art seiner Auslösung anders geartet erscheint, — so hängt das wohl mit dem plötzlichen Einsetzen des ersteren zusammen, jedenfalls können wir, wie später noch ersichtlich wird, bei den lokalisatorischen Erwägungen nicht auf diese Ideenverbindung verzichten.

Wilder will vorläufig Tonusverlust und »Einschlafanfälle« getrennt betrachten. Leider hat man sich bei den neuromuskulären Anzeichen, welche zum

Bilde der Nkl. gehören, noch nicht auf eine einheitliche Namengebung geeinigt. So begegnen wir immer wieder Ausdrücken wie Katalepsie, Kataplexie, Gelolepsie, Orgasmolepsie, Muskelohnmacht, Muskeladynamie, Muskelasthenie, Tonusblockade *(Stern)*, kataplektische Starre *(Loewenfeld)*, kataplektische Hemmung *(Henneberg)*, kataplektische Muskelerschlaffung, Affektatonie *(Trömmer)*, affektive Adynamie *(Rosenthal)*, emotionelle Asthenie *(Weech)*, welche wohl im Bild der Nkl. vorkommen können, doch nicht typisch für sie sind und zu wenig erfassen. Wohl sehen wir die verschiedensten Formen des Tonusverlustes, doch werden die genannten Bezeichnungen eben nicht dem Begriff des nkl. Auftretens gerecht. Am nächsten kommt der von *Redlich* aufgestellte ätiologische Begriff des »affektiven Tonusverlustes« (= a. Tv.), scheint uns aber auch nicht ganz zu genügen, da die gleichen Erscheinungen nicht nur affektiv, wie bei Lachen usw. auftreten, sondern auch dem Gegenteil eines Affekts, einer gewissen Monotonie des Gemütslebens oder monotonen, fast möchte ich sagen stumpfsinnigen Reizen auf das Gemüt entspringen können *(B. Fischer)*. Am zweckmäßigsten erschiene uns die Bezeichnung: »kordialer« oder auch »thymischer (= gemütlagebedingter) Tonusverlust«, der ohne Werturteil kataleptische, kataplektische oder ähnliche Erscheinungen einschließen kann, auf die Art des Entstehens hindeutet, allerdings noch einer genaueren Unterbestimmung bedarf. Neuestens schlägt *Wilder* vor, den sogenannten a. Tv. besser als »paradoxen Tonusverlust« zu bezeichnen, da ihm eine paradoxe Innervation statt einer physiologisch zu erwartenden Anspannung zugrunde liege und nicht eine Reaktion auf Affekte. Um der Geläufigkeit willen sei im folgenden aber immer vom a. Tv. gesprochen.

Der a. Tv. kann in der verschiedensten Weise in das Bild der Nkl. verflochten sein. Wir finden ihn als plötzlich auftretende Anfälle von Adynamie mit generalisierter Hypotonie oder auch nur in umschriebenen Nervengebieten, besonders in den Beinen, am Kopf, im Unterkiefer. Auch das Unvermögen, im Anfall zu sprechen, gehört hierher.

Der häufig beobachtete Mangel an zeitlicher Übereinstimmung von Schlafanfällen und a. Tv. oder auch das mehrmals beobachtete Auftreten von nur einem Symptom legte Zweifel an der Zusammengehörigkeit dieser Symptome nahe, doch konnte bei längerer Beobachtung der Fälle zumeist bei einstweiligem Fehlen eines Kardinalsymptoms der frühere oder spätere Eintritt eines solchen festgestellt werden.

Das fast konstante Vorhandensein einer Labilität des vegetativen Systems im Sinne eines erhöhten Vagotonus war neuestens Veranlassung *(Thiele-Bernhardt)*, diese Erscheinungen als sozusagen drittes Kardinalsymptom der Nkl. einzugliedern.

Als weiteres Merkmal ist im Großteil der Kasuistik ein Hinweis auf Störungen des Nachtschlafes gebucht, welche, als Symptom gefordert, bei ganz typischem Auftreten *(v. Rosenthal)* als »Wachanfälle« bezeichnet, im Sinne der bekannten Schlafverschiebungen« (Umkehr des Schlaftypus, besonders bei Encephalitis Economo) sich deuten lassen. Auch das sogenannte dissoziierte

Erwachen als »verzögertes psychomotorisches Erwachen« zog man in den Kreis der Nkl.; doch liegen noch nicht genügend Beobachtungen vor, um daraus ein Symptom zu entwickeln.

Auffallend ist weiterhin das »Heer« der mit der Nkl. in Zusammenhang gebrachten endokrin bedingten klinischen Erscheinungen, die einzelne Autoren auch als Symptome gewertet wissen wollen, desgleichen psychische Störungen; diese Erscheinungen leiten von der Symptomatologie zu einem anderen Hauptproblem des Wesens der Nkl., zu den Rätseln der Ätiologie, Pathogenese und des Wesens selbst.

Man unterscheidet heute nach der Ätiologie drei Hauptgruppen, in denen sich erfahrungsgemäß am häufigsten die Erkrankung darstellt: Eine genuine (idiopathische, essentielle), eine postenzephalitische (entzündliche) und eine posttraumatische Nkl. Die Urform der Nkl., die guine Nkl., ist heute wie früher noch Kampfobjekt. Ihr stehen die beiden anderen als »symptomatische« Nkl. gegenüber. So wäre die genuine Form dadurch charakterisiert, daß man bei ihr eine sichere Ursache nicht finden kann. Das war ursprünglich auch der Fall, — daher die Anfechtungen; neuerdings wird aber der Begriff »genuin« insofern abgebogen, als man unter ihm die Fälle sammelt, bei denen konstitutionelle endogene Momente im Vordergrund stehen *(Thiele-Bernhardt);* doch ist das nur ein anderer Name. Aber beim Durchsehen der Literatur und des klinischen Materials gewinnt man immer mehr die Überzeugung, daß der Begriff der genuinen Nkl. schon sehr vage ist, tatsächlich nur ein totes Geleis für das Abstellen der unklaren Fälle bedeutet. Ich möchte sagen, solange wir in das eigentliche Geschehen der Nkl. noch nicht weiter eingedrungen sind, auch aus Gründen der besseren Übersicht brauchen wir diesen Begriff, sind uns aber im Klaren, daß er fällt, sobald es gelingt, das Wesen der Nkl. genauer kennen zu lernen *(Kyriazo, Roques).* Allerdings kristallisiert sich die Ansicht heraus, die Nkl. nur als Symptom oder Symptomenkomplex, als Syndrom organischer Krankheiten (ja sogar als ein lokalisatorisch brauchbares) zu werten. *(Wilson, Redlich, Lhermitte, Westphal, Souques, Lhermitte* et *Rouques, Kluge, Bugaisky, Kyriazo-Roques, Münzer.)*

Die genuine Nkl. faßte man auch als (funktionelle) Neurose auf *(Gélineau, Loewenfeld, Worster-D., Missrigler, Redlich),* doch ist dieser Standpunkt schon heute nicht mehr haltbar *(Lhermitte-Kyriazo).* Eine konstitutionell bedingte Nkl. wird man eben heute am besten auch als eine solche bezeichnen und nicht als genuine.

Eine irgendwie endogen entstandene Bereitschaft im Sinne eines locus minoris resistentiae kann man schließlich mit Ausnahme der traumatischen Formen bei jeder Nkl. annehmen, doch ist dann immer noch ein auslösendes Moment nötig und der Begriff des Symptoms gegeben.

Manche Autoren setzen immer konstitutionelle Minderwertigkeit voraus *(Rosenthal)*, die sich als »narkoleptische Reaktionsbereitschaft« äußert *(Kahler)*.

Die Anzahl krankhafter Erscheinungen oder der Momente, die mit der Nkl. als Symptom oder auslösende Ursache in Zusammenhang gebracht wurden, ist so mannigfaltig, daß man gerade deshalb immer nach dem symptomatischen Charakter jeder Nkl. fahnden möchte, von der Tatsache der Lokalisierbarkeit zunächst abgesehen. Unter symptomatischer Nkl. versteht man vorerst zwar nur die traumatische und postenzephalitische, doch muß man auch viele andere bekannt gewordene Formen dazu rechnen, welche die Erscheinungen bieten, die wir von der echten Nkl. verlangen. Bei manchem Fall mag das Zusammentreffen der Symptome mehr zufällig erscheinen, bei den meisten besteht aber Anlaß, sie irgendwie in den Komplex der Nkl. einzugliedern.

In erster Linie wird hier von Hirntumoren mit nkl. Syndrom berichtet *(Alajouanine)*. Bei den Erkrankungen dieser Art stehen meist Schlafanfälle im Vordergrund *(Worster)*, über a. Tv. wird kaum berichtet, sodaß diese Fälle vorerst wenig aufklärend für die Nkl. wirken.

An weiteren Grundkrankheiten findet man verzeichnet Gehirnabszesse, Hydrocephalus internus, Trypanosomiasis, die Wernickesche Polioenzephalitis, multiple Sklerose, progressive Paralyse, myatrophische Lateralsklerose, basale Lues, luische Meningoenzephalitis, Influenza, Grippe, Typhus, Erweichung der Pedunkulargegend *(Alajouanine)*, einen Fall von Vaquezscher Krankheit (*Kyriazo*), Nasenbluten (*Redlich*), Erythrämie, Leber- und Nierenkrankheiten, Urämie, Diabetes, Hypoglykämie, Fettsucht, endokrine und anaphylaktische Störungen, Atherosklerose, Psychosen, Kastration, ja sogar die Epilepsie, doch ist bei letzterer, trotz ihrer öfters angeführten Parallele zur Nkl. eine Beziehung zu ihr abzulehnen. In Verbindung mit den endokrinen Störungen kann man auch das Auftreten der Nkl. bei Schwangerschaft bringen, das aber auch toxisch bedingt aufgefaßt wird.

Diese Verschiedenheit der Erkrankungen, in deren Rahmen schon der nkl. Symptomenkomplex auftrat, legt nahe, daß bei jeder Nkl. sich der gleiche Prozeß im Zentralnervensystem abspielt oder an der gleichen Stelle auslösende Momente wirken müssen. Die Uniformität der nkl. Erscheinungen aber gibt hinreichend Anlaß, einen gemeinsamen Angriffspunkt der pathogenetischen Faktoren anzunehmen.

Für die verschiedensten Lebensäußerungen des Körpers motorischer oder funktioneller Art haben wir ein verantwortliches System oder eine leitende Zentrale in Gehirn oder Rückenmark finden gelernt, für jeden Vorgang im und am Körper sehen wir eine Projektion im Gehirn; zumindest wissen wir heute, daß wir sie zu sehen versuchen müssen. Wir nehmen mit Recht auch für Vorgänge, die wir noch nicht deuten können, wie den Schlaf und die Affekte u. a. m., hierfür verantwortliche zentrale Regulationsstellen an, zunächst, bis auf empirischem Wege der Beweis dafür erbracht

ist, doch sind wir überzeugt, daß er erbracht werden kann. Das wichtigste Hilfswerk ist hierbei die Beobachtung und Erklärung krankhaften Geschehens im Körper. In hervorragendem Maße gilt das für die gesamte »Gehirnlokalisation«, die sich ja auf dem Studium der »Ausfallserscheinungen« aufbaut, denen wir die genauere Kenntnis unseres Zentralnervensystems verdanken. Auch bei dem nkl. Syndrom war Kleinarbeit nötig. Nachdem man anfänglich mit den Erscheinungen der Schlafanfälle usw. nicht viel anzufangen wußte, konnte man durch das Studium krankhaften Auftretens von Schlaf in Verbindung mit den von Fall zu Fall auftretenden anderen Erscheinungen von seiten des Nervensystems auch für diese Vorgänge einen zugeordneten Bezirk im Gehirn finden. *v. Economo* hat dann auf Grund seiner Enzephalitiserfahrungen besonders diese Forschungen vorangebracht und das Interesse daran neu angefacht. Wenn aber auch heute noch ein gewisses Dunkel über diesen Vorgängen liegt, so ist das im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß beim Auftreten dieser Krankheitserscheinungen so selten neurologische Nebenbefunde mit den Hauptsymptomen gekoppelt erscheinen, welche, da vielleicht schon lokalisierbar und bekannt, genauere Eingrenzung der anderen Vorgänge, wie hier des Schlafes oder des Tonusverlustes, gestatten. So mannigfaltig die neurologischen Symptome bei der Encephalitis epidemica beobachtet wurden, so wenige wurden bei der Nkl. bekannt, die ja auch als Teilkomplex nach der Encephalitis auftreten kann, also schon wieder engere Lokaldiagnostik als diese verlangt.

Abgesehen von den vielen Fällen der Encephalitis epidemica, welche diverse neurologische Symptome, auch isoliert, hinterlassen kann, unter denen auch ein evtl. nkl. Syndrom stehen kann, ist es interessant zu erfahren, ob auch bei anders bedingten Narkolepsien solche Erscheinungen auftreten können. Gerade wenn wir die krankhaften Vorgänge in ein bestimmtes Gebiet verlegen, müssen wir annehmen, daß schon bei geringem Übergreifen des pathologischen Prozesses in das umgebende Gebiet, — leicht denkbar und in großem Maße bei der *Economo*schen Krankheit zu sehen —, wir zusätzliche Erscheinungen beobachten können; diese gehören dann nicht eigentlich zum Syndrom der Nkl., doch sind sie sicher wesentlich zur Klärung der mit diesem Syndrom zusammenhängenden Probleme; wenn auch *Redlich* betont, daß die gelegentlich mit der Nkl. auftretenden neurologischen Befunde das Verstehen der Erscheinungen nicht fördern, sie sind zumindest topodiagnostisch wertvoll.

Neben sehr spärlichen neurologischen Befunden wird viel von allgemeineren Begleiterscheinungen berichtet, welche, selbst bei »genuinen« Fällen, auf Läsion in bestimmten Abschnitten des Gehirns hinweisend, wohl ebensosehr den »Syndromcharakter« be-

tonen, wie dessen »lokalisatorische« Bedeutsamkeit. In erster Linie sind hier Erscheinungen zu nennen, welche auch bei anderen Erkrankungen als Symptome auftreten können, so Störungen des vegetativen Apparates, die teils direkt, teils indirekt sich als Krankheitszeichen bestimmter Gehirnabschnitte demonstrieren. Bei ihrer Häufigkeit muß wohl ein Zusammenhang mit dem Komplex der Nkl. bestehen. Meist sind diese Vorgänge als innersekretorische Funktionsstörungen aufzufassen, sodaß man an einen ätiologischen Kausalzusammenhang oder eine Mitleidenschaft der den für die Nkl. verantwortlichen Gehirnpartien benachbarten Gebiete denken muß. Jener erscheint wohl weniger wahrscheinlich, obgleich der endokrine Faktor in der Ätiologie der Nkl. immer wieder verfochten wird; denn sonst müßten die Störungen wohl gleichsinniger Art sein, was aber nicht der Fall ist. Viel genannt werden Fettsucht und Fettleibigkeit, aber auch Abmagerung, Störungen der Potenz, Hypofunktion der Keimdrüsen u. ähnl. In den Fragenkreis der polyglandulären Störungen und zentral bedingten Dysfunktionen gehören weiterhin Polyurie, Polydipsie, die erwähnte Vagotonie, Entwicklungsstörungen, die häufig beobachtete Lymphozytose, dann die Polyglobulie, welche sich vereinzelt vermerkt findet. Die Legion der weniger bedeutsamen Nebenbefunde klinischer Art soll hier nicht erwähnt werden.

Bei Verfolgung des Schrifttums müssen wir uns wundern, wie selten bei derartigen Fällen von neurologischen Befunden die Rede ist, wie selten sie bei genuiner Nkl. beobachtet wurden und wenn, in welch nebensächlicher Weise sie erwähnt werden. Darf man doch meinen, daß gerade sie geeignet erscheinen, den Weg zu den Kernproblemen der Narkolepsie zu bahnen. Wichtig sind natürlich nicht die nur zeitweise, z. B. im Anfall auftretenden, sondern die konstanten Symptome.

An diesbezüglichen Erscheinungen finden wir einige Male Ptosis vermerkt (*Wohlfahrt, Penta*), Augenmuskelstörungen wie Blickparesen, Pupillenstörungen, Konvergenzschwäche, horizontalen Nystagmus, Diplopie; bei einem Fall von Nkl. auf der Basis eines Hirntumors finden wir neben schon genannten Erscheinungeen den Verlust des Kornealreflexes auf einer Seite (*Brunschweiler*), einem andern traumatischer Genese rechtsseitige Fazialisparese (*Fröderberg*). Die meisten Fälle weisen auf eine Störung der quergestreiften Augenmuskulatur hin.

Derartige Zeichen zwingen wohl zu einer Ideenverbindung mit der postenzephalitischen Nkl., doch lassen sich einige Fälle beibringen, bei welchen für eine derartige Genese trotz dieser Befunde kein Argument anzuführen ist.

In letzter Zeit hatten wir an der medizinischen Universitätsklinik zu Erlangen (Prof. Dr. *L. R. Müller*) Gelegenheit, einen Fall zu beobachten mit einem in diesem Zusammenhang noch nicht beschriebenen eigenartigen Symptomenkomplex; gerade, da er alte

Hypothesen unter Beweis stellt und sich vor allem in lokolisatorischer Hinsicht interessant zeigt, sei er etwas ausführlicher dargestellt und analytisch verwertet.

Ein 52jähriger Maurer, P. Johann, der am 16. Mai 1933 in unsere Klinik eintrat. Familiengeschichte ohne Sonderheiten. Eigenanamnese: Keine Kinderkrankheiten, auch später nie krank. 1900—1902 aktiv gedient, immer gesund. Während des Krieges von 1914 bis Juni 1918 Sanitäter in einem Nürnberger Lazarett auf einer Nervenabteilung. Die Anfälle der anderen Patienten hätten ihn so aufgeregt, daß er selbst sehr schreckhaft und nervös geworden sei, sodaß er vom Chefarzt stets als nicht kriegsverwendungsfähig geschrieben wurde. (Erst während der letzten vier Monate kam er als Sanitäter in ein Lazarett nach Douais.) Näheres über seine »Nervenkrankheit« kann er nicht angeben, doch seien nie ernstliche Störungen irgendeiner Art festzustellen gewesen.

Nach dem Kriege sei er völlig gesund gewesen, habe dauernd seine teilweise sehr anstrengende Arbeit ausführen können. Januar 1933 mußte er wegen einer »Grippeerkrankung« 4—5 Tage zu Hause bleiben: Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit, kein höheres Fieber. Dann wieder vollkommen beschwerdefrei bis zum Beginn der jetzigen Erkrankung.

Seit etwa fünf Wochen treten eigenartige Störungen des Wachseins auf. Während der Mahlzeiten schläft er für $^1/_2$—2 Minuten plötzlich ein, ebenso während der Unterhaltung mit Angehörigen oder Arbeitskollegen; leicht zu wecken, schläft er im nächsten Augenblick aufs neue ein. Nachtschlaf ungestört, doch kann er im Gegensatz zu früher ab 3 Uhr in der Frühe nicht mehr schlafen. Beim Aufstehen frisch und ausgeruht, hat auch bei der Arbeit nicht über auffallende Müdigkeit usw. zu klagen. Aber wenn er sich hinsetzt, schläft er sofort ein.

Seit ungefähr vier Wochen dazu noch Schwächeanfälle in den Beinen: Diese aber stets im Anschluß an irgendwelche seelische Erregungen, doch auch bei belanglosen Gesprächen mit Bekannten, nie beim Lachen. Er sinke dann in die Knie, einige Male sei er auch zu Boden gefallen; dabei zittere er und könne, obwohl bei Bewußtsein und obgleich er alle Vorgänge seiner Umgebung wahrnehme, kein Wort deutlich über die Lippen bringen, lalle nur unverständlich. Nach $^1/_2$—1 Min. kann er sich selbständig erheben, steht wieder fest auf den Beinen, kann wieder normal sprechen. Zu Beginn der Anfälle Zittern am ganzen Körper, Schwächegefühl in den Beinen, Einbrechen der Knie, während er sich mit den Armen gut festhalten kann. Zunächst traten derartige Anfälle alle 2—3 Tage auf, in der Woche vor Aufsuchen der Klinik 2—3 mal täglich.

Während des Alleinseins sei niemals ein Anfall aufgetreten, sondern nur, wenn andere Leute zugegen waren, besonders aber, wenn er sich über etwas aufgeregt hatte. Wenn P. zu fremden Leuten kommt und mit ihnen sprechen soll, kommen meist die Schwächeanfälle ohne Schlaf; er kann dann momentan nicht sprechen, ist erregt, stottert unverständlich. Auch beim Kartenspiel häufig Gebärde des Einschlafens und Zittern in den Knien, dabei Unvermögen zu sprechen, doch hört P. alles. Die eigentlichen Schlafanfälle hat P. jetzt meist morgens, bei denen er träumt und aus der Umgebung nichts wahrnimmt; dabei keine Muskelschwäche; anschließend weiß er, daß er geschlafen hat. In den Träumen nie sexuelle Momente, meist drehen sie sich um die Arbeit und das Handwerk des Patienten (Maurerarbeiten); er befindet sich im Traum

meist auf einem Baugerüst; dabei kein Angstgefühl, kein Schwindel. Vor dem Schlafanfall kein Müdigkeitsgefühl. Beim Versuch sich mit dem Willen wachzuhalten, sei es möglich, daß nur ein Anfall von Muskelschwäche auftrete ohne Schlaf, der Schlafanfall werde dann unterdrückt; doch sei dies nicht bei allen Anfällen möglich. Vor den Anfällen nie irgendwelche Sensationen, kein Doppeltsehen oder Gefühlsstörungen (Kälteparästhesien usw.). Auf Befragen gibt Pat. an, daß seit der Erkrankung die geschlechtliche Potenz wohl herabgesetzt gegen früher, bei Berücksichtigung seines Alters, doch nicht aufgehoben sei; ebenso die Libido. Weiterhin habe er wohl etwas an Gewicht zugenommen, doch nicht wesentlich und auffallend. Sonst seien ihm an seinem Körper keine Veränderungen aufgefallen, auch in gemütlicher Hinsicht habe er sich wohl nicht verändert. Sonst keinerlei Beschwerden. Appetit, Stuhlgang, Wasserlassen in Ordnung. Keine Kopfschmerzen, kein Schwindelgefühl, keine auffallende Müdigkeit, kein Ohrensausen, kein Flimmern vor den Augen usw. Stets mäßiger Alkoholgenuß, ebenso Nikotin. Schnupft viel. Infektio venerea negatur.

Objektiver Befund:

Reichlicher Ernährungs- und Kräftezustand. Muskelkräftiger, fast athletischer Habitus.

Kopf frei beweglich, nirgends klopf- und druckempfindlich. Nervenaustrittsstellen frei.

Augen: Bewegungen frei, kein Nystagmus.

Lichtbild:

Linkes Auge gegenüber dem rechten deutlich zurückgesunken, Lidspalte links enger als rechts.

Auffallend, daß die durch Lichteinfall verengte rechte Pupille nach Aufhören der Lichteinwirkung sich beinahe schlagartig erweitert, über die Ruhelage hinaus und dann erst wieder zur Ruhelage zurückkehrt; Pupillen mittelweit, rechts = links, reagieren gut auf Licht und Konvergenz, links etwas weniger gut. Kornealreflex beiderseits deutlich herabgesetzt.

Nase und Ohren o. B.

Gebiß schlecht. Gaumensegel wird seitengleich erhoben.

Zunge leicht belegt, ohne Zittern gerade vorgestreckt. Sensibilität der Mundschleimhaut intakt.

Geruch- und Geschmacksprüfung: Alle Lösungen werden auf der Zunge in geringster Konzentration erkannt, ebenso Geruch normal.

Muckscher Adrenalinversuch: (mit Adrenalinzerstäuber).

Abblassen links weitgehender als rechts auf das Ansprayen hin. Mit stumpfer Sonde wird der Kopf der unteren Muschel beiderseits bestrichen; links kann man rote Strichzeichnung erkennen, rechts nicht. Die gesamte Blässe links länger als rechts. Beiderseits keine typische weiße Strichzeichnung, rechts auch keine typische rote. Nach 10 Minuten verschwindet die rote links.

Hals und Thorax: o. B.; auch die übrigen Organe zeigen normalen Befund.

Pulsfrequenz 70/min bei normaler Körpertemperatur.

Normaler Muskeltonus, grobe Kraft gut.

Reflexe: Bauchdecken- und Kremasterreflex erhalten. Achilles- und Patellarsehnen-, ebenso Radiusperiost- und Trizepsreflex in normalem Um-

fange seitengleich auslösbar. Meyer beiderseits +. Keine Pyramidenzeichen, keine Kloni. Babinski negativ, ebenso Romberg.

Bei Gehen mit geschlossenen Augen vorwärts und rückwärts kein Schwanken.

Sensibilität für alle Qualitäten intakt.

Psychisch Patient frei, seine Angaben erscheinen völlig klar und glaubwürdig.

Urinbefund ohne Besonderheit. Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit nach Westergreen: im Mittelwert 6 mm. Rest-N.: 26 mg%, Bilirubin im Serum: 3,1 Einh. Wassermann und Meinicke in Blut und Liquor negat.

Blutbild: Hb. 100%, rote Blutkörper. 5,8 Mill., weiße Blutkörper. 3150 Eo. 1%, Segm. 61%, Lympho. 32%, Mono. 6%.

Augenhintergrunduntersuchung ergab normale Verhältnisse. Thoraxdurchleuchtung ergab normale Lungen, ein etwas aortenkonfiguriertes Herz, Einengung des Holzknechtschen Raumes, Verbreiterung der Aorta im aufsteigenden Teil und Bogen.

Grundumsatzbestimmung: + 9%. Spezifisch-dynamische Wirkung + 34%. Blutdruck um 145/80, einmal war er 165/90.

Während des Klinikaufenthaltes wurden mehrere Anfälle von Schlaf und Tonusverlust ärztlicherseits beobachtet, zahlreiche vom Pflegepersonal und den Mitpatienten. Einmal, während der Arzt sich mit einem anderen Kranken unterhielt, fiel P. plötzlich in Schlaf, ohne daß man die bei normalem Schlaf vorhergehende Periode des Einschlafens wahrnehmen konnte. Nach leichtem Rütteln öffnete er die Augen, brachte auf wiederholte Fragen aber nur unartikulierte Laute über die Lippen, erst nach ungefähr 1 Minute konnte er wieder sprechen, konnte angeben, daß er unmittelbar vorher vom Arzt gestochen worden war. Während des Anfalles hebt und senkt sich der Unterkiefer.

Es wurden mehrere Anfälle der eben geschilderten Form beobachtet: Patient sinkt plötzlich in die Knie, die Augen sehen starr gerade aus, er bewegt Lippen und Unterkiefer, ohne ein Wort hervorzubringen. Nach 1—2 Minuten kommt er wieder zu sich, kann sich auf alles, was während des Anfalles vor sich gegangen ist, besinnen. Nach den Anfällen fühlt er sich subjektiv wohl, kann keine stärkere Müdigkeit, keine Kopfschmerzen angeben. Während der Nacht ist der Schlaf gegenüber früher verkürzt, er schläft deshalb häufig untertags.

Zwei Anfälle von Tonusverlust konnten eines Abends um 9 Uhr beim Kartenspiel mit anderen Patienten beobachtet werden: Ohne daß erregt gespielt wurde und ohne sonstige Aufregung sanken die Arme herab, die Hände waren unsicher, zitterten, dabei hielt die linke Hand die Karten fest, die rechte tastete unsicher nach den Karten auf dem Tisch. Gesicht dabei etwas mehr gerötet. Der Kopf sank etwas nach vorne auf die Brust, keine Bewußtseinsstörung, kein Schlaf. Plötzlich »reißt sich Patient zusammen«, er steht auf und erklärt, daß er nicht mehr weiterspiele. Es ist unmotiviert, doch hat man den Eindruck, daß er so den nahenden Schlafanfall unterdrücke, was er bestätigt.

Experimentell konnte kein Anfall ausgelöst werden.

Therapie: Anfangs Jodkali in großen Dosen, daneben Vasoklin. In der letzten Zeit Ephetonin 2mal 1 Tabl., dann 3mal 1. Dabei Fichtennadelbäder, die Pat. angenehm empfand, auch zeitweise Wadenwickel.

Entlassungsbefund: Vor der Entlassung erscheint die rechte Pupille etwas weiter als die linke, beide mittelweit. Beiderseits Chvostek angedeutet. Allgemeinzustand gut. Gewichtszunahme 5,1 kg. Schlafzustände nach Zahl und Intensität wesentlich zurückgegangen, treten hauptsächlich nur noch morgens, vereinzelt und viel kürzer auf, dann meist nur beim Sitzen. Auch die Schwächeanfälle wesentlich seltener. Aussicht auf Dauererfolg scheint nicht zu bestehen.

Bei Würdigung des eindrucksvollen Bildes stehen im Vordergrund verschieden häufige Schlafanfälle von kurzer Dauer, abrupt, ohne Vorboten außerhalb der physiologischen Schlafzeit einsetzend, aus denen der Patient wie beim natürlichen Schlaf erweckbar ist; dabei Bewußtlosigkeit und oft Träume, doch keine retrograde Amnesie. Durch Willensanstrengung kann er sich evtl. wachhalten. Der Nachtschlaf ist nicht gestört, doch fällt die typische »Schlafverschiebung« auf. In Verbindung mit den Schlafanfällen, auch allein oder in geringer zeitlicher Verschiebung, stehen Anfälle von Adynamie in den Extremitäten, auch im übrigen Körper, im Anschluß an irgendwelche seelische Erregungen; sie treten nie beim Lachen auf, aber öfters bei monotonen Gemütseindrücken.

Schlafanfälle und a. Tv., — wir sind also berechtigt, von einer Narkolepsie zu sprechen. Der a. Tv. trat wohl erst eine Woche nach Einsetzen der Schlafanfälle auf, doch ist diese Diskrepanz als Regel bekannt. In unserem Fall tritt die Adynamie besonders und zuerst in den Knien auf, sodaß der Patient zusammenknickt, aber auch in Händen, Armen und im Unterkiefer, wobei das Sprechen unmöglich ist. Dabei manchmal Zittern.

Diesen Kardinalsymptomen gesellen sich als besonders merkwürdig und auffallend einige neurologische Anomalien, auch finden wir im Status und bei klinischen Laboratoriumsuntersuchungen Eigenschaften oder Abweichungen von der Norm, welche kurz hervorgehoben werden sollen, da sich in der Literatur ähnliche Hinweise finden.

Im Gesamtaspekt des Patienten, — sein Beruf als Maurer sei betont, da derartige Berufe das Hauptkontingent der Nkl. stellten, — fällt der fast athletische Bau auf, eine Tatsache, auf welche schon häufig aufmerksam gemacht wurde (*Thiele-Bernhardt* usw.) Das Alter mit 52 Jahren steht über dem im allgemeinen bei Auftreten der Nkl. beobachteten, meist tritt sie schon in früherem oder jugendlichem Alter auf. Der Patient erscheint muskelkräftig, nicht eigentlich adipös, eine deutliche Fettleibigkeit kann nicht festgestellt werden, doch liegen aus Anamnese und Klinikaufenthalt Anzeichen für eine Neigung zu Gewichtszunahme vor; es sei aber bedacht, daß Patient seit seiner Erkrankung kaum mehr körperlich gearbeitet hat.

Hier sind die Stoffwechselwerte von Interesse; der Grundumsatz von +9%, im Rahmen der Norm, die spezifisch-dyna-

mische Wirkung mit +34% kaum erhöht, lassen keinen direkten Schluß auf eine bestimmte Umstellung im Organismus zu.

Wohl finden sich verstreut Angaben über diese Untersuchungen, besonders über herabgesetzten Grundumsatz (*Wohlfahrt, Redlich, Thiele-Bernhardt* u. a. m.), doch wechselnd, — aber es sind eben die physiologischen Grundlagen dieser Versuche auch noch nicht endgültig genormt.

Neben dieser Tatsache gehört eine weitere in den Kreis der pluriglan dulären Alteration, die Potenzminderung, häufig gebucht im Schrifttum der Nkl. Die Potenz ist hier nicht ganz geschwunden, auch nicht die Libido, doch nach den Angaben des Patienten im Rahmen des für sein Alter üblichen seit Auftreten der Nkl. deutlich herabgesetzt.

Von den klinischen Untersuchungen ergab die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit einen normalen Wert, keine Herabsetzung, welche *Bernhard* als konstantes Symptom bei erhöhtem Vagotonus beobachtete. Im Blutbild fand sich bei normalem Hämoglobingehalt und Färbeindex eine Erythrozytose (5,8 Mill. rote Blutkp.), ferner eine geringe relative Lymphozytose (32%); sie wird ebenfalls als Zeichen einer Vagotonie gewertet und könnte auch in unserem Fall zusammen mit der etwas niedrigen Pulsfrequenz (70 /m), dem manchmal wechselnden Blutdruck (145 bis 165) einer vegetativen Labilität entsprechen, doch konnten auffällige Anzeichen einer solchen nicht eruiert werden. Alle einzelnen kleinen Abweichungen von der Norm, des vegetativen Apparates wie auch der hierher gehörigen endokrinen Störungen, soweit letztere sich nicht durch hirnanatomische Prozesse erklären, sind aber wohl als Äquivalente des vagotonischen Symptoms aufzufassen, als eine Störung der im Gewebe zusammenwirkenden Faktoren, des »vegetativen Betriebsstücks«, wie F. Krauß das Zusammenwirken von Nerv und Hormonen, Jonenmischung, Plasma und Membran, betitelt.

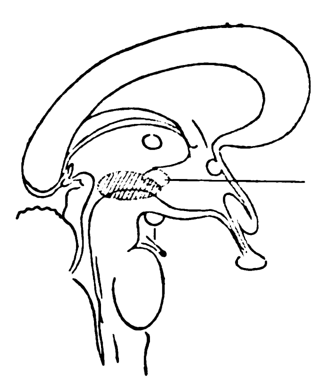
Eigenartig ist der Befund einer Leukopenie (3150), die wir in das Geschehen der Nkl. mangels ähnlicher Beobachtungen nicht einordnen und kritisch verwerten wollen. Er ist aber vielleicht auch in Einklang zu bringen mit einem gewissen vegetativen Stigma, das man ja gewissermaßen analog dem Basedowoid stellt und bei diesem als endokrine Erkrankung ist ja relative Lymphozytose mit Leukopenie bekannt *(Bergmann)*. Die Möglichkeit zerebraler Einwirkung sei hier nur gestreift.

Als interessantester Nebenbefund müssen die neurologischen Erscheinungen angesehen werden.

Thiele-Bernhardt sind zwar der Ansicht, wohl im Gefolge *Redlich*s, »daß aus irgendwelchen neurologischen Zeichen, wie man sie bei Narkoleptikern manchmal antreffen kann, keine lokalisatorischen Hinweise zu entnehmen sind«, doch haben unserer Meinung nach gerade diese Befunde in dieser Richtung Bedeutung; gerade bei ihrer Seltenheit sind sie bemerkens-

wert und scheinen uns wichtig, vielleicht nicht so sehr für die Nkl. selbst, als für den Fragenkreis, in welchen wiederum die Nkl. gehört. Eine Beobachtung erkennen auch die genannten Verf. an, die von *Hoff* und *Stengel* mitgeteilten Fälle von Konvergenzparesen in zwei Narkoleptikerfamilien, welche die Annahme einer Läsion der vorderen Gegend der Augenmuskelkerne rechtfertigen. Hier seien auch die Fälle von *Lhermitte* und *Rouquès* nochmals genannt. *Klieneberger* berichtete über einen Fall von Nkl. mit angeborenem Horner-Syndrom.

In unserem Falle (siehe Bild) wurde eine linksseitige Ptosis und Verengung der Lidspalte mit Enophthalmus festgestellt. Dabei erscheint die linke Pupille in ihrer Funktion etwas gehemmt, die



Schematische Zeichnung der linken Zwischenhirnhälfte vom 3. Ventrikel aus. (Der schraffierte Bezirk zeigt den vermutlichen Sitz der Erkrankung in unserem Falle an.)

freie Beweglichkeit des Dilatators der Pupille beschränkt, indem die Pupille nach Aufhören der Lichtwirkung sich zwar erweitert, doch nicht wie normalerweise »spielt«. Es scheinen die im »Horner« betroffenen Muskeln, welche dem Sympathikus unterstehen, zusammen beteiligt zu sein; Enophthalmus und Verengerung der Lidspalte mit Ptosis stehen zwar im Vordergrund, doch erscheint auch die linke Pupille in ihrer Aktion nicht ganz intakt, trotz Fehlens einer deutlichen Verengerung.

Als Zentralstelle für den »Horner« ist der Halssympathikus bekannt; doch haben sich in neuerer Zeit experimentelle und klinische Erfahrungen in dem Sinne zusammengefunden (*Comauer* u. *Molinari; Guillain, Garcin* u. *Mage*), daß für die Innervation der glatten Muskulatur des Auges eine übergeordnete Zentrale wie bei anderen vegetativen Funktionen im Zwischenhirn anzunehmen ist, und zwar sehen ihren Angriffspunkt die meisten Forscher heute in der regio subthalamica.

Für eine im Halssympathikus liegende Schädigung, wie man sie erwarten würde (als Struma, Läsion, Drüsentumor, »Halsrippe« usw.), ist im vorliegenden Fall kein Anhalt gegeben. Also ist anzunehmen, daß eine zentrale Verbindung zum Sympathikus gestört

ist, wie man dies bei Bulbärerkrankung auf Seite des zentralen Herdes findet *(E. Müller-Jamin)*.

Gehemmt in ihrer Funktion sind beim »Horner« wie in unserem Falle in erster Linie folgende Muskeln: der M. dilatator pupillae — Verengerung der Pupille bzw. Störung ihrer Aktion; der M. palpebralis tertius Landström und M. levator palpebrae superioris — Verengerung der Lidspalte und Ptosis, ferner der sog. Müllersche Muskel (M. tarsalis sup. et inf.) und der M. orbitalis — Enophthalmus. Der Weg der Innervation dieser Muskelgruppe, der ihre ganze oder teilweise Lähmung verständlich machen kann, sei nach den heute gültigen Anschauungen kurz verfolgt und zwar von der Zentrale ausgehend.

Karplus und *Kreidl* konnten auf Grund ihrer Tierversuche schließen, daß am Boden des Zwischenhirns ein subkortikales Sympathikuszentrum liegen müsse und zwar ein auch der glatten Augenmuskulatur zugeteiltes; auch die Ortsbestimmung dieses »okulopupillären« Augensympathikuszentrums gelang, indem sie als Reizstelle den medialen Teil der frontalsten Partie des Corpus subthalamicum abgrenzen konnten. Sie konnten auch den Weg der nervösen Einwirkung vom Zentrum zur glatten Augenmuskulatur feststellen, Bahnen, die vom Zentrum durch die Hirnschenkel zum obersten Brustmark, dem Zentrum ciliospinale ziehen, von hier durch die Rami communicantes zum Halssympathikus. *Schrottenbach* erbrachte den Beweis für gleichseitige Verlaufrichtung der Bahnen bei Kaninchen; bei Katzen wurde von *Karplus* und *Kreidl* Kreuzung nachgewiesen. Vom Halssympathikus aus dem oberen Ende des Ganglion cervicale superius werden die Impulse weitergeleitet zum Plexus caroticus internus bzw. cavernosus, welcher im Sinus cavernosus mit dem Nerv. oculomotorius anastomosiert, der nun auch sympathische Fasern mit sich führt. Der Ramus superior des N. oculomotorius versorgt den M. rect. sup. und den Levator palpebrae superioris, welch letzterer in seiner als M. tarsalis superior oder oberer Müllerscher Muskel bezeichneten, stärkeren hinteren Lamelle aus glatten Muskelfasern besteht. Aber auch der untere Müllersche Muskel (Musk. tarsal. infer.) besteht aus glatten Fasern und ist vom Ganglion cervicale supremum her mit sympathischen Fasern versorgt. Der Okulomotorius führt aber auch noch direkt, aus dem kranial-autonomen System, und zwar wohl aus den kleinen Okulomotoriuskernen stammende parasympathische Fasern mit sich, welche die Koordination der Pupillenbewegungen gewährleisten im Sinne der Innervation des Sphincter pupillae. Die Innervation des M. orbitalis ist noch nicht eindeutig festgelegt, doch scheinen die Fasern, welche die glatten Muskelfasern in der Orbita innervieren, nicht durch das Gangl. ciliare zu ziehen *(L. R. Müller)*.

Dieser Weg läßt uns Verengerung der Lidspalte, Zurücksinken des Bulbus und etwaige Abweichungen der Pupillenreaktion von der Norm als Verminderung der Dilatatortätigkeit verstehen, auch wenn wir eine zentrale Schädigung annehmen und zwar eine Schädigung des okulopupillären Zentrums; der Okulomotorius kann in seinen Zentren nicht betroffen sein, sonst müßten anderweitige Augenmuskellähmungen auftreten und die Pupille total reaktions-

los geworden sein mangels der Sphinkterreaktion; oder aber, es wären neben Augenmuskellähmungen, auch einer ausgesprochenen Ptosis, die Pupillen intakt, und der Enophthalmus würde fehlen. So aber sind die willkürlichen Bewegungen nicht gestört, lediglich etwas gehemmt, z. B. ist der feste Lidschluß möglich, nur das Öffnen etwas behindert. Das spricht im Sinne von *L. R. Müller*, daß die Kerne der äußeren und inneren Augenmuskeln im ZNS wohl räumlich getrennt und verschiedener Art sind, obwohl die Fasern für glatte und quergestreifte Muskelfasern im Okulomotorius zusammengekoppelt sind. Isolierte Läsion des vordersten Okulomotoriuskernes (Levator palpebrae sup.) ist auch nicht anzunehmen, da sonst nur Ptosis auftreten würde. Wir können also wohl von einem zentral bedingten »hornerähnlichen Syndrom« sprechen, wenn auch nicht von einem »reinen Horner«, bei welchem bei Vorhandensein einer ausgesprochenen Miosis wohl auch andere mit den okulopupillären Symptomen meist kombinierte vasomotorische und sekretorische Störungen im Gesicht vorhanden wären, evtl. auch noch trophische Störungen, wie bei einer Halssympathikusläsion. »Schließlich können auch organische Erkrankungen im Zwischenhirn durch Läsion der im Hypothalamus gelegenen Zentren (Corpus subthalamicum) nach *Kreidl* zu Funktionsstörungen des Halssympathikus führen.« *(L. R. Müller)*.

Die Erwägungen über die neurologischen Ausfallserscheinungen bei unserem Fall von Nkl. haben uns in das Gebiet der zentralen Ortsbestimmungen geführt, zu einem noch umstrittenen Thema, das aber aus dem Bannkreis der Nkl. nicht wegzudenken ist. Hier liegen zunächst ihre Hauptprobleme.

Die nähere Erörterung soll in Fühlung mit dem vorerwähnten Falle geschehen, da gerade der Hinweis auf klinische Momente vieles klarer sehen läßt.

Die angeführten Störungen der glatten Augenmuskulatur lassen eine Brücke schlagen zu anderweitigen Augenmuskelstörungen, welche, zwar anders geartet, aber auch des öfteren in Verbindung mit Schlafstörungen beobachtet wurden. Aus den Erfahrungen der Encephalitis epidemica und der Polioencephalitis superior *(Wernicke)* ließ sich zuerst der Beweis einer gewissen Abhängigkeit ableiten, welche schon viel länger auf Grund anderer Beobachtungen, wie z. B. bei der Hypnose, dem Trancezustand der Yogapraxis, vermutet wurde. *(F. G. v. Stockert)*.

Hier sei an zwei in der Erlanger medizinischen Klinik beobachtete Fälle von apoplektiformem Auftreten von Schlafsucht mit Ophthalmoplegie erinnert *(E. Schwab)*.

Bei genannten Augenmuskelstörungen handelt es sich zwar meist um Schädigung der quergestreiften Muskulatur, bzw. der Augenmuskelkerne im Boden des Aquaeducts, doch läßt sich eben

daraus schließen, daß nun wohl eine für die Schlafregulation verantwortliche Stelle zwischen diesen beiden Gebieten oder in ihrer Nähe liegen müsse, also zwischen dem okulopupillären Zwischenhirnzentrum und den Okulomotoriuskernen im Mittelhirn. Beide Arten von Augenmuskelstörungen kommen in Verbindung mit Schlafanfällen vor. So ließe sich erneut ein Beweis für eine ortsbedingte Vegetativfunktion des Schlafes führen.

Bemerkenswert, daß bei der Schlafstörung mit sympathischen Augenmuskelstörungen diese nur einseitig auftreten (links! Schlafsteuerung auch nur links lokalisiert oder bei Kreuzung der Fasern wie bei der Katze rechts? *Erwin Hirsch* macht den linken Thalamus für Schlaf und Wachen verantwortlich!). Dies spricht eigentlich gegen eine Kreuzung dieser sympathischen Fasern und für gleichseitigen Verlauf.

Da man in unserem Narkolepsiefall zerebrale Schädigung im Zwischenhirn annehmen kann als Ursache von Augenmuskel- und Schlafstörungen, muß man auch für das zweite Kardinalsymptom eine Erklärung in dieser Richtung suchen. Der enge Zusammenhang von Schlaf und Tonus der Körpermuskulatur im gesunden Organismus wurde schon erwähnt.

Wie die beiden Komponenten, Schlaf und Tonus, bei der Nkl. voneinander abhängig sind, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, doch steht in unserem Fall wohl der Tonusverlust im Vordergrund; denn es wurden immer nur entweder Schlafanfälle und Tonusverlust oder reine Anfälle von Schlaf oder Tonusverlust, auch Tonusverlust mit folgendem Schlafanfall, doch nie ein Schlafanfall mit folgendem Tonusverlust beobachtet.

Über das Auslösungsmoment des Tonusverlustes läßt sich streiten. Fest steht, daß er bei der Nkl. mit affektiven Erregungen Verbindung hat, aber auch durch das Gegenteil, durch reizarmes Milieu oder monotone Reize ausgelöst werden kann. Auch hierfür haben wir im physiologischen Schlaf Vorbilder. Es sei an das Einschlafen marschierender Soldaten oder an die Fähigkeit mancher Menschen, in reizarmem Milieu zu jeder Tageszeit und in jeder Stellung einschlafen zu können (Eisenbahn) erinnert *(Gieson)*. Die einschläfernde Wirkung eines langweiligen Buches ist bekannt; schon König Xerxes suchte, als er keinen Schlaf finden konnte, sich durch Vorlesenlassen der Reichschronik einschläfern zu lassen; allerdings ist nicht bekannt, ob dieses Schlafmittel auch wirkte. Für die affektive Genese könnte man vielleicht eine Berührung mit dem physiologischen in der Tatsache sehen, daß sich Kinder »in den Schlaf weinen«.

Beim nkl. Tonusverlust wird zumeist dem Lachen eine ausschlaggebende Rolle zugeschrieben (eindrucksvollste Parallele im Physiologischen: Unfähigkeit, beim Lachen einen festen Händedruck auszuführen!); doch dürfte der einzelnen Affektform weniger

Bedeutung zukommen als irgendeinem Affekt überhaupt; wir konnten z. B. in unserem Fall nie Lachen als Ursache nkl. Erscheinungen feststellen; doch führten verschiedene andere gemütliche Einwirkungen wie Ärger, Zorn, Aufregung zu nkl. Anfällen, eigenartigerweise aber nur in Gegenwart Anderer. Man könnte dies als Hemmung oder »Sperrung«, als Ausfluß erhöhter notwendiger Selbstbeherrschung, welche im Widerspruch mit dem Temperament des Patienten steht, auffassen. Das gleiche tritt bei Befangenheit des Patienten ein, wenn er plötzlich angesprochen wird oder sich mit fremden Leuten unterhalten soll.

Über den Wirkungsmechanismus des a. Tv. bestehen ebenso nur Vermutungen wie beim Schlaf und über die physiologischen Schlafreize. Es ist aber anzunehmen, daß er in ähnlicher Weise vor sich geht oder dem des Schlafes verwandt oder mit ihm verkoppelt ist.

Es wurde auch die Ansicht vertreten, daß der Tonusverlust nicht die gleiche Ursache wie die Schlafanfälle hätte; während letztere auf einer Erkrankung der Gegend des dritten Ventrikels beruhten, sei der Tonusverlust durch Hyperkalzämie begründet, die auf Versagen der Steuerung des Ca-Spiegels von der Gegend des dritten Ventrikels aus beruhe *(Wagner)*. Diese Ansicht beeinflußt natürlich nicht die Probleme der Lokalisation.

»Über die zerebrale Innervation des Tonus kann gesagt werden, daß die ausschlaggebende Rolle, welche nach Tierversuchen dem roten Kern für die Steuerung des Muskels zukommt, beim Menschen wenigstens teilweise durch übergeordnete Zentren abgelöst wird« *(Regelsberger)*. Auch das Kleinhirn ist an der Tonusregelung beteiligt. Den tonusregelnden Impuls des Kleinhirns unterstellt man übergeordneten Zentren des Neostriatums. So könnte man sich eine Tonuserschlaffung auch durch Reizung (nicht Lähmung) der übergeordneten, tonushemmenden Zentren vorstellen, oder man müßte noch andere hemmende Zentren annehmen, welche den hemmenden Partien wieder übergeordnet sind. Eine derartige Auffassung besteht, doch noch nicht gesichert; sie teilt die primär hemmende Rolle dem Globus pallidus zu, welcher seinerseits hemmendem Einfluß des Striatums untersteht; besonders die kleinen Striatumzellen hat man dafür verpflichtet *(Regelsberger)*; deren Ausfall würde dann die Hemmung des Pallidums überwiegen lassen. Will man aber für den anfallsweisen Tonusverlust nicht zeitweise Beeinflussung von Bahnen annehmen, welche durch das für eine Schädigung in Betracht kommende Gebiet ziehen, so ist zu erwägen, ob nicht andere Gebiete oder Zentren hierfür in Frage kommen. Die Nähe des Nucleus ruber würde ja auf diesen hinweisen, doch ist eine Schädigung als andersartig sich zeigend (»Enthirnungsstarre«! *Manikovski* bezeichnet den a. Tv. als »Gegenstück zur Enthirnungsstarre«) bekannt.

C. Frank verlegt die Hypotonie als Schlafkomponente in einen von ihm entdeckten Kern, die Pars dorsalis des Nucleus intraconjunktivalis centralis in der Bindearmkreuzung, während er die Zugehörigkeit der Pars lateralis seines Nucleus subfascicularis in der Gegend des Nucleus III und IV zu dem diffusen sog. Schlafsteuerungszentrum betont. Diese Annahme würde die Grundlage des Zusammenhangs zwischen Schlafsteuerungszentrum und den

Organen des Tonus und der Synergie fast auf die ganze Mittelhirnhaube erweitern.

Danach wäre in unserem Fall ein Gebiet ergriffen, dessen Ausmaße aber sicher noch andere Symptome zeitigen würden. *Wohlfahrt* vermutet das Zentrum für den Tonus in der Nähe von »Economos Schlafzentrum«.

Ob es sich bei den nkl. Störungen der Tonusregulation um Läsion in über- oder untergeordneten »Tonuszentren« handelt, läßt sich kaum entscheiden. Die Annahme von mehreren »Zentren« liegt wie beim Schlaf nahe. Man kennt schon verschiedene Stellen im Gehirn, welche auf den Tonus irgend einen Einfluß haben, — jede in anderer Weise, doch die Hauptregulationsstelle ist noch unbekannt; vielleicht gibt es gar keine solche, und der Tonus reguliert sich dann eben aus den Einzelleistungen der »übergeordneten« Zentren, im Sinne von »Gleichschaltung«; »übergeordnet«, weil man nach Tierversuchen annehmen kann, daß beim Menschen die Funktion des roten Kerns von höheren Zentren aus geleitet wird.

Im Hinblick auf die Nkl. interessant ist die Theorie von *F. H. Lewy*, welcher das Striatum als übergeordnetes Zentrum für die allgemeine Tonuseinstellung verpflichtet und als untergeordnetes Zentrum für die Tonusverteilung die Substantia nigra ansieht. Ähnlich betrachtet *Wohlfahrt* die Substantia nigra als untergeordnetes Tonuszentrum auch für die genuine Nkl. Dieser Gedanke würde unserem Lokalisationsversuch entsprechen; denn von allen in Frage kommenden Stellen müssen wir die unserer Lokalisation von Schlaf- und sympathischen Augenmuskelstörungen am nächsten gelegene wählen.

Da sich die Substantia nigra bis unter das Corpus hypothalamicum vorschiebt, ist glaubhaft, daß ein krankhafter Prozeß in dieser Gegend auch die hier lokalisierte Tonusregulation in irgend einer Weise in Mitleidenschaft zieht. Für eine evtl. Mitbeteiligung des Nucleus ruber läßt sich kein Gegenbeweis führen, doch ist sie unwahrscheinlich.

Noch ein Wort zur gemütsbedingten Genese des nkl. Tonusverlustes! Der Zusammenhang von Affekten und Tonusverlust ist aus den Erfahrungen der Nkl. bekannt. Durch Emotionen werden diese Anfälle eingeleitet. Aber es kommen anderweitig auch Fälle vor, bei denen anfallsweise Tonussteigerung im Anschluß an Affekte, besonders Lachen auftrat und mit Lachen auch wieder zum Normalzustand überleitete *(K. Hermann)*. Derartige Erscheinungen geben mit Veranlassung, auch sie anatomisch zu erfassen.

Schon vor einigen Jahren wurde die These aufgestellt, daß Tonusverlust und Schlafanfälle, zusammen und einzeln, durch Reizung von Affektzentren hervorgerufen werden (Lachen usw.), welche Erregung in den Gesichts- und respiratorischen Muskeln zur Folge haben. Durch Erregung ihrer Hirnzentren (der Muskeln) wiederum erfolgt eine Ausschaltung anderer Zentren, welche manchmal Schlaf, manchmal Erschlaffung der ge-

samten willkürlichen Muskulatur bedingen; die Lage der einzelnen, welche den Reiz bedingen, ist noch unbekannt (*Worral, L. R.*). In neuester Zeit hat *L. R. Müller* in den »Ursprung der affektiven Vorgänge am Körper« Licht zu bringen versucht, und es gelang ihm der Beweis, daß wir die Auslösung der Affektvorgänge am Körper in die Stammganglien und in die ihnen benachbart liegenden Ganglienzellgruppen der Wandungen des zentralen Höhlengraus lokalisieren müssen; dabei trifft den Thalamus die Rolle als Zentrum des Gefühlslebens und der Affekte, von dem aus über den Linsenkern die Ausdrucksbewegungen angeregt werden. *L. R. Müller* ist der Ansicht, daß wir in den Affektäußerungen Reflexvorgänge sehen müssen, welche wohl alle über den Thalamus zustande kommen.

Wenn man den Verbindungsreichtum des Thalamus, dieser mächtigsten Umschaltstelle, erwägt, läßt sich auch die anatomische Grundlage für die gemütslagebedingte Genese des Tonusverlustes bei der Nkl. hierher verfolgen.

Die Aufrollung von Lokalisationsproblemen bei der Nkl. zwingt noch zur Erwähnung einiger anderer Gesichtspunkte in Hinblick auf den geschilderten Fall. Bei der klinischen Untersuchung ist eine Vermehrung der roten Blutkörper auf ca. 6 Millionen/ccm aufgefallen, eine zwar nicht erhebliche, doch deutliche Polyglobulie; derartige Erfahrungen stehen nicht isoliert da.

In einem Falle wurde eine erhebliche Vermehrung der roten Blutkörper als Ursache der Nkl. angenommen; die Nkl. trat im Gefolge der Polyzythämie auf, bestand seit drei Jahren, aber ohne a. Tv. (*Lhermitte* und *Peyre*). 1932 berichtete *Moreau* zwei Fälle von Nkl. und Polyglobulie; in beiden war der Fettansatz erhöht und dieser endokrine Vorgang wird als gemeinsame Ursache der Nkl. wie der Erythrämie zugrundegelegt; *Moreau* verneint eine Abhängigkeit der Nkl. von der Erythrämie und erachtet als Grundlage für beides eine Veränderung im Zwischenhirn. Bei einem anderen Fall (*Lhermitte, Pasteur, Delafontaine et Miget*) wurde Polyglobulie ebenso als Begleitsymptom aufgefaßt. Auch bei anderen Zwischenhirnerkrankungen, z. B. Akromegalie, wurde mehrmals Erhöhung der Erythrozytenzahl festgestellt, so bei fünf Fällen mit beträchtlicher Vermehrung der roten Blutkörper (*Guillain, Lechelle et Garcin*), die klinisch auf Störung im Bereich der Hypophyse hinwiesen. Hier wurde dies für die Annahme eines an der Hirnbasis gelegenen echten Zentrums der Erythropoese verwertet. Ein Fall von Polycythaemia vera mit paroxysmaler Starre der rechten Körperseite (*Duane jr.*) spricht im gleichen Sinn. *Guillaine, Lechelle* und *Garcin* schlossen auf ein das Blutbild regulierendes Zentrum im Mittelhirn, da bei dessen Schädigung in der hypophyseotuberalen Region die damit aufgetretene Polyglobulie nach Behebung der Schädigung zur Norm zurückkehrte. Auch bei Encephalitis-lethargica-Fällen sah man Vermehrung der Erythrozyten, ferner bei Zwischenhirnhypophysentumoren und *Günther* konnte experimentell nach Reizung der Hypothalamusgegend eine Vermehrung der Roten feststellen (*S. Guizetti!*).

In diesem Sinne sei auch die bei uns gefundene Polyglobulie gewertet; ohne ursächliche Rolle ist sie wohl sekundäres Beglei-

tungssymptom durch Mitergriffensein der für die cerebrale Blutbildregulation verantwortlichen Stelle in diesem nkl. Krankheitsgeschehen, und zwar in der Regio hypothalamika.

Ähnliches kann man auch mit gleichem Recht für das weiße Blutbild vermuten (Lit. s. *Guizetti*); Leukozytosen lassen sich bei verschiedenen Zwischenhirnerkrankungen auf einen dort gelegenen Reizzustand zurückführen, besonders bei der Epilepsie, sodaß man die bei unserem Fall beobachtete Leukopenie durch eine Ausschaltung zentraler Regulationsorgane erklären kann. Will man genannte Erscheinungen mit der früher erwähnten Vagotonie in Einklang bringen, so ist das auch im Rahmen der zentralen Lokalisation möglich; es handelt sich eben um vegetative Zentren.

Die Fettleibigkeit kann auch als zerebral bedingt aufzufassen sein (Lit. s. *Thiele-Bernhardt*). Hier ist allerdings die Korrelation sämtlicher Drüsen mit innerer Sekretion mit zu berücksichtigen; auch in unserem Fall bestehen neben der Neigung zur Gewichtszunahme Erscheinungen von Potenzminderung.

Angesichts der Seltenheit isoliert auftretender Störungen endokriner Organe wäre es reizvoll, ein nicht nur für jede Einzelleistung dieser Art übergeordnetes Zentrum, sondern eine zentrale, ausgleichende Regulation des gesamten pluriglandulären Mechanismus anzunehmen. Während man früher den Fettstoffwechsel lediglich mit der Hypophysenfunktion in Zusammenhang brachte, häuften sich in neuerer Zeit Erfahrungen, daß nicht allein die Hypophyse, sondern ein »Zwischenhirnhypophysensystem« hier regulatorisch wirkt *(Greving)*. Je nach Ausbreitung der Läsion bei der Nkl. läßt sich so eine Mitbeteiligung des »Fettstoffwechselzentrums«, das in der Zwischenhirnbasis angenommen wird, erklären. Bekannt ist der Zusammenhang zwischen Fettsucht und Genitalstörungen aus der Dystrophia adiposogenitalis; hier kann man neben hormonalen Verschiebungen auch zwei Zentren im Zwischenhirn, nahe aneinander liegend oder verbunden, vermuten. Letztere Auffassung würde mit der von *L. R. Müller* harmonieren, welche der Gegend der Corpora mamillaria besondere Bedeutung für Geschlechtstrieb und -funktion beimißt.

Für den geschilderten Fall von Nkl. wäre hiermit der Kreis der Lokalisationsmöglichkeiten geschlossen.

Die Epikrise gibt Gelegenheit, noch einige andere Probleme der Nkl. zu streifen.

Zunächst sei festgestellt, daß wir den beobachteten krankhaften Erscheinungskomplex als den Ausdruck einer »genuinen« Narkolepsie werten müssen; genuin deshalb, weil uns die Handhabe zu einer anderen Annahme fehlt, man müßte denn die einige Monate vor Beginn der Nkl. durchgemachte »Influenza« als ursächlich beschuldigen.

Auch in der Literatur finden wir Influenza *(Kennady, Spiller)*, einmal auch eine Pneumonie als Basis der Nkl. *(Ziegler)*, doch auch nur vermutungsweise, bei uns ist eine direkte Abhängigkeit bei der Zeitspanne des verschiedenen Auftretens wohl abzulehnen; eine durch die Influenza — ent-

zündliche Vorgänge — geschaffene Disposition wäre verständlich, die im Verein mit der anamnestisch eruierten (neurolabilen) neurotischen Grundlage nur noch eines geringen »Insults« bedurfte zur Auslösung des nkl. Syndroms.

Der Gedanke eines »locus minoris resistentiae« wird besonders für die genuine Nkl. als Begründung erbgebundener Auslösung in Anspruch genommen. Doch bedarf es dann immer noch eines auslösenden Moments, welches die Erkrankung schon zu einer symptomatischen stempelt. Da und solange man diese Momente noch nicht kennt, bleibt der Begriff des »genuinen« zu Recht bestehen, ähnlich wie bei der Epilepsie. Gerade der Fall mit neurologischen Nebenbefunden zeigt, daß intensivere Läsion im Zwischenhirn nötig ist, um ein nkl. Syndrom auszulösen, als lediglich endokrine Beeinflussung (allerdings wurde auch schon anfallsweise linkseitige Ptosis mit Dysfunktion der Pupille beobachtet (*Gillespie*). — Die endokrinen Erscheinungen sind doch wohl zumeist sekundärer Natur.

Auf Grund genannter Nebenbefunde müssen wir einen herdgebundenen Prozeß annehmen, doch findet sich kein Anzeichen für seine Spezifizierung, obgleich alle Möglichkeiten, wie Enzephalitis, Lues, Tumoren, Atherosklerose usw. erwogen wurden. Auch der Wirkungsmechanismus fand keine endgültige Erklärung. Man muß wohl einen entzündlichen Prozeß oder eine andere Dauerschädigung im Gebiet der sympathischen Augenmuskelzentren anschuldigen, von dem aus durch Stoffwechselprodukte oder nervöse Einflüsse zeitweise Zirkulationsstörungen oder Angiospasmen ausgelöst werden. Vom Ort der »Dauerschädigung« gehen evtl. schädigende Einflüsse auf endokrine oder hormonale regulatorische Funktionen oder deren Ausgangsstation, vegetative Zentren, aus, und so kommen dann Beeinträchtigungen des endokrinen Systems zustande; auch kann ein Einfluß auf andere Zentren, wie die Blutregulation in Erscheinung treten. Ein »locus minoris resistentiae« ist wahrscheinlich. Wodurch die Gegend des hinteren Zwischenhirns als prädisponierte Stelle fungiert, läßt sich noch nicht erklären, es könnte ebensogut *Kahler*s »narkoleptische Konstitution« wie erworbene neurotische Disposition Schuld tragen. Auch ein Überwiegen der Leistungsbereitschaft des parasympathischen Systems ist hier diskutabel. (Gefäßkrampf sympathischen Ursprungs als Ursache, s. *Souques*, alimentäre Anaphylaxie s. *May*). Man sieht, die Meinungen über den nkl. Komplex und seine Pathogenese differieren; man bedient sich daher am besten vorläufig allgemein gefaßter Begriffe, wie sie z. B. *Rathner* formuliert hat, der von »Dienzephalosen« und »dienzephaler Insuffizienz« spricht.

Obgleich manche Narkolepsiefälle als Neurosen aufgefaßt werden können oder z. B. psychiatrisch oder psychoanalytisch sich deuten lassen,

muß doch unserer heutigen naturwissenschaftlichen Erkenntnis entsprechend eine organische, ortsgebundene Ursache angenommen werden. Bei Fällen wie dem hiesigen ist das zweifelsfrei wegen der ins Auge springenden neurologischen Befunde, wenn auch die Ätiologie sich nicht eindeutig klären läßt.

Aus diesen Erwägungen heraus sei der Versuch einer anatomischen Eingrenzung in unserem Narkolepsiefall durchgeführt: s. Zeichnung!

Der Ort des krankhaften Geschehens muß wahrscheinlich links gesucht werden. Er dürfte sich vom Übergang des Zwischen- ins Mittelhirn in der Wandung des dritten Ventrikels, der Gegend von »Economos Schlafzentrum« aus über den Boden des dritten Ventrikels bis in die Gegend des Corpus mamillare erstrecken; seitlich reicht er wohl bis in den medialen Teil des Corpus subthalamicum (Luysii), unter diesem noch die Substantia nigra erfassend.

Wenn wir weiterhin versuchen, die Probleme der Nkl. mit unseren Erfahrungen und vermutungsweise daraus sich ergebenden, also erlaubten, Momenten in Einklang zu bringen, so erscheint ein buntes Mosaik der möglichen Schlußfolgerungen.

Hauptargument sind die sympathischen Augenmuskelerscheinungen. Sie erhärten die Annahme, den ganzen Symptomenkomplex der Nkl. als Zwischenhirnsyndrom anzusprechen, stellen auch einen neuen Beitrag dar zur Lokalisation vegetativer Zentren in die Wand des dritten Ventrikels. Die Frage, ob tatsächlich die nkl. Prozesse nur links zu lokalisieren sind, harrt noch ihrer Lösung, doch liegen Anzeichen dafür vor. Wichtigster Schluß ist der erneute Beweis, daß man eine ortsgebundene Schlafregulation annehmen darf und zwar nach hinten bis vor die Okulomotoriuskerne, nach vorne bis ins Corpus subthalamicum, die Gegend des okulopupilären Zentrums; weitere Einengung des Bezirks ist noch nicht möglich. Des weiteren bietet sich gewisser Anhalt für ein Tonusregulationszentrum im Zwischenhirn in der Nähe von Schlafregulations- und genanntem Augenmuskelzentrum; wir möchten mit *Lewy* die Substantia nigra dafür verantwortlich machen. Die Erscheinung der Polyglobulie stellt einen Beitrag zu der Auffassung dar, daß sich im Zwischenhirn auch eine das Blutbild regulierende Zentrale findet; im gleichen Sinne kann man die Potenzminderung werten, die wir in der Gegend der Corpora mamillaria ausgelöst wissen wollen. Die Neigung zum Fettansatz ließe sich ebenfalls topodiagnostisch deuten, oder aber sie stellt engere Beziehungen von Zwischenhirn und Hypophyse unter Beweis, ohne jedoch eine auf dem Umweg über die Potenzminderung hormonal bedingte Erscheinung auszuschließen.

Für Wirkungsmechanismus, Ätiologie und Pathogenese der

genuinen Nkl. konnte leider unser Fall nicht klärend wirken. Die Tatsache, daß der Patient durch seinen Willen Anfälle unterdrücken kann, spricht für eine wechselseitige Beziehung zwischen den Zentren unserer Sinnesorgane (Thalamus opticus, Hirnrinde) und den Zentren für die Schlaf-Wachregulation. So ist auch anzunehmen, daß psychische Erlebnisse organisches Geschehen in Gang setzen können.

Da sich im Schrifttum nur ganz vereinzelt genuine Fälle mit neurologischen Symptomen finden und diesen wenig Bedeutung beigemessen wird, erhebt sich die Forderung und Notwendigkeit, darauf hinzuweisen, daß gerade ein derart real faßbares Moment im Kreis von Problemen als Ausgangspunkt für eine kritische Betrachtung und für die Lösung der Rätsel Wertung erfahren sollte.

Mehr Fälle von einem derartigen Zusammentreffen sollten bekannt werden! Die Heranziehung neurologischer Nebenbefunde bei der Klärung der Nkl. gab Veranlassung zu vorstehenden Betrachtungen; ebenso die Notwendigkeit des Hinweises auf diese seltene und wenig beachtete Kombination, vor allem aber das Gefühl, daß gerade die neurologischen Nebenbefunde berufen sind in diesem Sinne mitzuwirken, fördernd zu wirken in dem Bestreben, hinwegzukommen über das

Problem der Narkolepsie.

Schrifttum.

1. *Alajouanine* et *Baruk:* Progr. méd. Jg. 54, Nr. 17, 1926. Ref.: Bd. 44 d. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.
2. *Bergmann* u. a.: Lehrbuch der inneren Medizin. 1931.
3. *Braus, H.* (*C. Elze*): Anatomie des Menschen III. Bd. 1932.
4. *Brunschweiler:* Rev. neur. Jg. 34, Bd. 1, Nr. 6, 1927. Ref.: Bd. 48, Zbl. f. d. g. N. u. Ps.
5. *Bugaisky:* Z. Neur. 118 (1928).
6. *Camauer, A. F.* und *Molinar, A.:* Prensa med. argent. 18 (1931). Ref.: Bd. 62, Zbl. f. d. g. N. u. Ps.
7. *Duane jr., W.:* Arch. of neur. 26 (1931). Ref.: Bd. 61 d. Zbl. f. d. g. Neur. u. Psych.
8. *Economo, C. v.:* Scritti med. in onore Gabbi Pt. 1, 1930. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 60.
9. Ders.: Wien. med. Wschr. Jg. 76, Nr. 3.
10. *Frank, C.:* Arch. gen. di. neur. 11. Ref.: Kgr. Zbl. f. d. inn. Med. Bd. 60.
11. *Fröderberg, H.:* Hygien. (Stockh.) 92, 1930. Ref.: Kgr. Zbl. f. d. g. inn. Med. Bd. 61.
12. *Giesen, L.:* Allg. Z. Psych. 98, 1932.
13. *Gillepsie, R. O.:* Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 8, Nr. 29. Ref.: Zbl. d. g. Neur. u. Ps. Bd. 48, S. 587.
14. *Greving, R.:* S. 176ff. in L. R. Müller: Lebensnerven.

15. *Guillaine, Lechelle et Garcin:* C. r. soc. biol. Paris 105. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 61, S. 187.
16. *Guillain, Garcin* und *Mage:* C. r. soc. biol. Paris 107. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 62.
17. *Guizetti, H. U.:* Ergebnisse der ges. Medizin. 18. Bd., 1933, 3. Heft.
18. *Hermann, K.:* Arch. f. Psych. Bd. 100. 1. Heft.
19. *Hirsch, E.:* Med. Klin. Jhg. 20. 1924.
20. *Hoff* und *Stengel:* Klin. Wschr. 1931/11.
21. *Jamin, Fr.:* Lehrbuch der Nervenkrankheiten von *H. Curschmann.*
22. *Kennedy, A. M.:* Brit. med. J. Nr. 3572 (1929). Ref.: Bd. 55, Zbl. f. d. g. N. u. Ps.
23. *Klieneberger, O.:* Berl. Klin. Wschr. 50. 1913.
24. *Kluge, E.:* Orvosi Hetilap, Jg. 71, Nr. 36. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 48.
25. *Kyriazo-Roques, A.:* Paris: Norbert Maloine 1930. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 58.
26. *Lewy, F. H.:* 1923 Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neur. u. Psych. Heft 34.
27. *Lhermitte et Rouques:* Rev. neur. Jg. 34, Bd. 1 Nr. 6. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 48.
28. *Lhermitte* et *Kyriazo:* Gaz. Hôp. 1930, I. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 56.
29. *Lhermitte, Pasteur, Delafontaine* et *Miget:* Rev. neur. 39/II, 1932. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 66, S. 616.
30. *Lhermitte, J.* et *Peyre, E.:* Rev. neur. 37, I. 1930. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 56, S. 407.
31. *Manjkovskij, B.:* Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 43, S. 710.
32. *May, Et.:* Bull. et mém. de la soc. med. des. hô. de Paris Jg. 39, Nr. 16. Ref.: f. d. g. N. u. Ps. Bd. 34, S. 142.
33. *Moreau M.:* J. de Neur. 32. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 64.
34. *Missriegler, A.:* Fortschr. der Sexualwiss. u. Psychoanalyse. Bd. 1, 1924.
35. *Müller, L. R.:* Lebensnerven und Lebenstriebe. III. Aufl. 1931.
36: *Ders.:* Mü. med. Wschr. Jg. 80. Nr. 41/42. 1933.
37: *Münzer, Fr. Th.:* Med. Klin. 1932/II.
38. *Penta, P.:* Internat. Kongr. f. Neurologie 1931. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 61.
39. *Pötzl:* Wschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 64. 1927.
40. *Rathner, J.:* Monatschr. f. Psych. u. Neur. Bd. 64 H. 5/6. 1927.
41. *Redlich, E.:* Gesellsch.-Ber. der XIV. Jahresversammlung der Ges. dtsch. Nervenärzte. 1924.
42. *Ders.:* Z. Neur. 136, 1931.
43. *Regelsberger, H.:* Neue dtsch. Klinik, Ergänzungsband 1. 1933.
44. *Ders.: L. R. Müller:* Lebensnerven, S. 483ff.
45. *Ders.: L. R. Müller,* Lebensnerven, S. 793ff.
46. *Rosenthal, C.:* Arch. f. Psych. 96, 1932.
47. *Schwab, E.:* Mü. med. Wschr. Bd. 79 Nr. 3. 1932.
48. *Souques, A.:* Rev. neur. Jg. 34. Bd. 1, Nr. 6. 1927. Ref.: Zbl. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 48.
49. *Spalteholz:* Bd. III. 1906.

50. *Spiller, W. G.:* Jour. of the Americ. med. assoc. Bd. 86, Nr. 10. 1926 (ref.)
51. *Stockert, F. G. v.:* Med. Klin. Nr. 21. 1933.
52. *Thiele-Bernhardt:* Abhandl. aus der Neur., Psych., Psycholog. u. ihren Grenzgebieten. H. 69. 1933.
53. *Wagner, C. Ph.:* Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 58, S. 697.
54. *Wilder, J.:* Dtsch. Z. f. Nervenheilkunde 133. Bd. 5 u. 6, S. 280. 1934.
55. *Wilson, S. A. K.:* Brain, Bd. 51, Nr. 1. 1928. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 51.
56. *Wohlfahrt, Sn.:* acta psych. 1931. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 62.
57. *Ders.:* Sv. Läk. sällsk. Hdl. 57. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 63.
58. *Worster-Drought, C.:* Brit. journ. of psychol. Bd. 3. H. 4. 1923. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 36.
59. *Worrall, L. R.:* Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 61. S. 82.
60. *Ziegler, Lloyd H.:* Med. clin. N. amer. 13. 1930. Ref.: Zbl. f. d. g. N. u. Ps. Bd. 57.

Über ein krankhaft falsches Mordgeständnis.

Von

Dr. med. **J. Lackerbauer,** Ansbach.

Am 15. 9. 1932, einem Donnerstag, wurde in einem Maisfeld nahe der Stadt S. die Leiche der 19 Jahre alten hochschwangeren Landwirtsfrau Johanna X. aufgefunden. Am Tag vorher war der Ehemann der X. auf der Polizeiwache in S. erschienen, um sich nach dem Verbleib seiner Frau zu erkundigen, welche von ihrer Einkaufsfahrt nach S., die sie am 13. 9. mittags angetreten hatte, nicht mehr zurückgekommen war. Der Fundort der Leiche befand sich nahe einer Hauptstraße in einem hochstehenden Maisfeld; die Leiche lag halbrechts, das Gesicht dem Boden zugewendet. Um den Hals war ein Strick fest geschlungen und im Nacken verknotet. Die Rückseite der Oberschenkel lag bloß. Es steckte nur noch das rechte Bein in der stark herabgestreiften Schlupfhose. Der Damenhut, ein Paket und eine Markttasche lagen zusammengelehnt neben der Leiche; in diesem Gepäck fanden sich u. a. mehrere Stücke neuer Erstlingswäsche.

Die noch am gleichen Nachmittag vorgenommene gerichtliche Leichenöffnung ergab, daß die Totenstarre am linken Unterschenkel und rechten Oberarm bereits gelöst war. An beiden Oberschenkeln und an der Brust fanden sich mehrere kleine leichte Hautabschürfungen. Der 7 Millimeter dicke, doppelt um den Hals geschlungene Strick war links hinten stark verknotet. Unter den Strangfurchen fanden sich Bindegewebsblutungen. Schamhaare und Scheidenschleim wurden zur Untersuchung entnommen; Samenzellen konnten aber nicht nachgewiesen werden. Das Gutachten des Gerichtlich-Medizinischen Instituts spricht sich zu diesem Befund dahin aus, daß dadurch ein Beischlaf kurz vor dem Tod nicht ausgeschlossen sei. Die Gebärmutter enthielt eine 8 Monate alte männliche Frucht. Bluteinsprengungen in die weiche Schädelhaube und in die beiden Kaumuskeln legten die Vermutung nahe, daß beim Mord auch Schläge auf den Kopf erfolgt waren, was sich später nicht bestätigte, trotzdem aber in die Aussagen einschlich. Die inneren Organe boten keinen krankhaften Befund. Das Gesamtergebnis der Leichenöffnung war Tod durch Erdrosselung.

Neben anderen Zeugen war auch die Arbeiterfrau L. am 15. 9. 1932 bei der Polizei erschienen mit der Angabe, daß sie die Ermordete X. in S. in der fraglichen Zeit in Begleitung des Y. Hans, Bauführer von Ste., gesehen habe; sie kenne die beiden persönlich, da sie von Ste. stamme. Es wurde daraufhin sofort nach Y. gefahndet mit dem Ergebnis, daß dieser am gleichen Abend betrunken in einer Gastwirtschaft nahe seinem Wohnort angetroffen, festgenommen und sofort in das Gerichtsgefängnis S. überführt wurde. Dort bestritt Y. anfangs nachdrücklich und mit guten Gründen jede Beteiligung an dem Mord, sah sich aber am 20. 9. 1932 unter der Last der gegen ihn vorgebrachten Verdachtsgründe zu einem umfassenden Geständnis veranlaßt. Dieses Geständnis hat er mit unwesentlichen Abänderungen im Laufe der Haft mehrmals wiederholt. Bei einem gerichtlichen Augenschein am Tatort demonstrierte er am 20. 9. den Vorgang der Mordhandlung in verblüffender Weise und gab mehrfache mit dem damaligen Erhebungsergebnis übereinstimmende Einzelheiten zu. Sein anfängliches Leugnen erklärte er damit, daß er in den ersten Hafttagen noch unter der Einwirkung des Alkohols gestanden habe, den er tatsächlich in reichlichem Maß genossen hatte.

Bei der Nachprüfung dieses Geständnisses ergab sich aber immer klarer, daß Y. unmöglich der Täter sein konnte und es ließ sich schließlich sein Alibi lückenlos nachweisen. Trotz Vorhalt dieses Alibis blieb er seinem Geständnis treu und konnte nicht begreifen, daß man ihn außer Verfolgung setzte. Sein Verhalten während der ganzen Dauer der Untersuchungshaft (15. 9. bis 31. 10. 1932) war dem eines geständigen Mörders durchaus entsprechend. Sämtlichen mit der Voruntersuchung und bei den Vernehmungen tätigen Personen bot Y. niemals Anlaß an seiner geistigen Gesundheit zu zweifeln.

Tatsächlich war der Mordvorgang aber folgender: Am Dienstag, den 13. 9. 1932 zwischen 8 und 9 Uhr abends hatte Georg X. die 19 Jahre alte Ehefrau Anna X. seines Bruders Johann X. erdrosselt. Die Eheleute X. waren seit August 1930 verheiratet. Sie wohnten in dem mehrere Bahnstationen von S. entfernten Dorfe Ste. und bewirtschafteten dort ein einige Tagwerk großes landwirtschaftliches Anwesen, in das Johann X. eingeheiratet hatte. Georg X. war im gleichen Dorf als Bäckergehilfe tätig. Beide stammen aus einem großen landwirtschaftlichen Anwesen in Ste. Schon nach den ersten Jahren der Ehe war zwischen den Eheleuten X. eine Entfremdung eingetreten. Es kam zu wiederholten Schimpfereien und auch Tätlichkeiten. In der Erntezeit 1932 trat der Schwager Georg zu seiner Schwägerin, und zwar hauptsächlich auf deren Veranlassung in geschlechtliche Beziehungen. Es wurde dabei seitens der Frau davon ge-

sprochen, wie man den Ehemann wegräumen könnte. Georg X. setzte seinen Bruder von diesen Absichten seiner Frau in Kenntnis. Daraufhin veranlaßte Johann seinen Bruder Georg die Frau umzubringen, die damals im 8. Monat schwanger war.

Am 13.9.1932 traf sich Georg, wie vereinbart, um 5 Uhr nachmittags mit seiner Schwägerin beim Stadtturm in S. Nach dem Besuch eines Gasthauses gingen sie zu einer Kartenschlägerin, der sie 1,50 M. bezahlten, verließen dann die Stadt bei Einbruch der Dunkelheit und pflogen Geschlechtsverkehr. Bei der Vorbereitung zum zweiten Verkehr erdrosselte Georg seine Schwägerin mit einem Strick und ließ sie liegen.

Johann X. befand sich seit den ersten Tagen der Voruntersuchung in Haft, leugnete aber jede Beteiligung am Mord seiner Frau. Georg X. wurde am 4.11.1932 festgenommen; es fand sich bei ihm noch der andere Teil des Mordstrickes; das alsbald abgelegte Geständnis hat er aufrechterhalten.

Die im Frühjahr 1933 vor einem bayrischen Schwurgericht durchgeführte Verhandlung ergab das Urteil, daß Georg X. wegen Mordes und sein älterer Bruder Johann X. wegen Anstiftung hierzu zum Tod verurteilt wurden. Die zum Reichsgericht eingelegte Revision wurde verworfen. Dem Begnadigungsgesuch wurde stattgegeben. Georg X. war vor und bei der Verhandlung in vollem Umfang geständig. Meine Aufgabe als Sachverständiger war dem Gericht klarzulegen, wie das falsche Geständnis des Y. zustande gekommen war. Ich kann darüber auf Grund der Gerichtsakten und nach dem Ergebnis eigener Untersuchung des Y. während der mehrtätigen Verhandlung folgendes berichten.

Y. war bei seiner Verhaftung nicht ganz 28 Jahre alt. Er ist der viertälteste von fünf gesunden Geschwistern und stammt aus bescheidenen ländlichen Verhältnissen. Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Blutsverwandtschaft werden bestritten. Seit der Wiederverheiratung des Vaters wohnt Y. bei seinem verwitweten Bruder Xaver in unmittelbarer Nachbarschaft der Eheleute X. in Ste. Das Schlußzeugnis der von 1910 bis 1917 besuchten Dorfvolksschule enthält in den Hauptfächern die Noten 2, 5. Nach der Schulzeit trat Y. in die Lehre bei einem ländlichen Baumeister ein; von 1924 bis 1931 war er in einem größeren Baugeschäft in S. als Maurer und später als Polier tätig. Zur Vorbereitung auf die 1930 mit Erfolg abgelegte Meisterprüfung nahm er aus eigenen Mitteln Privatunterricht im Bauzeichnen und Rechnen. 1931 und im Winter 1931 auf 1932 war er arbeitslos. Im August 1932 übernahm er einen Wohnhausbau in der Nachbarortschaft Pa. als Bauleiter. Ernstliche durchgemachte körperliche Krankheiten, auch Geschlechtskrankheiten, werden bestritten. Y. ist wegen Übertretung der Polizeistunde im

März 1930 mit 3 Mark Geldstrafe evtl. 1 Tag Gef. bestraft worden; andere Vorstrafen liegen nicht vor. Der von ihm gewonnene Gesamteindruck war der eines gutmütigen, etwas weichlichen, psycholabilen und leicht ermüdbaren Menschen; er benahm sich nicht ungewandt, faßte richtig auf und kann als mindestens durchschnittlich begabt beurteilt werden.

Im Juli 1928 erlitt Y. einen Autounfall; er wurde auf dem Weg zu seiner Baustelle von einem Lastkraftwagen, der wegen Schnellfahrens in einer Kurve zu Sturz gekommen war, auf den harten Straßenkörper geschleudert. In der Schadensersatzklage vom Oktober 1929 macht Y. durch seinen Anwalt geltend, daß er bei diesem Unfall mit großer Wucht auf den steinigen Straßenkörper geworfen wurde; er sei mit dem Hinterkopf und einer Körperseite aufgefallen. Neben zwei Rippenbrüchen habe er eine offene Wunde am Hinterkopf bekommen, sich die Unterlippe durchgebissen und eine Gehirnerschütterung erlitten. Die Folgen dieser Gehirnerschütterung seien noch nicht verschwunden; er leide an ständigen Kopfschmerzen, erheblichem Schwindelgefühl, könne nur noch leichtere Arbeit verrichten und seinen Beruf als Bauführer nicht mehr ausführen; insbesondere könne er kein Gerüst mehr besteigen. Er fühle sich zu 30% in seinem Nervensystem dauergeschädigt; auch sei sein Erinnerungsvermögen gestört. In dieser Zivilklage erging im Dezember 1932 ein Endurteil dahin, daß dem Y. ein Schadensersatz von 1095 M. zugesprochen wurde; darin sind 500 Mark Schmerzensgeld enthalten; im übrigen wird Sachschaden und Verdienstentgang ersetzt. Der Anspruch auf eine laufende Rente von monatlich 30 Mark wurde abgewiesen mit der Begründung, daß eine Dauerschädigung des Nervensystems nicht vorliege.

Letztere Beurteilung stützte sich auf die Akten der Berufsgenossenschaft und die darin enthaltenen ärztlichen Gutachten. Danach hat der behandelnde Arzt am 28. 8. 1928 als Unfallfolge einen Bruch der zweiten Rippe links und eine Quetschung des Brustkorbes bescheinigt und die Behandlung an diesem Tag für abgeschlossen erklärt. Am 17. Mai 1930 begründete Y. seinen Anspruch auf Unfallrente damit, daß er nach dem Sturz zwar zu Fuß weitergehen konnte, daß er sich aber neben dem Rippenbruch auch eine kleine Kopfwunde zugezogen habe und daß er seitdem in seinem Nervensystem geschädigt sei. Er könne nicht mehr alle früheren Arbeiten leisten, müsse aber zugeben, daß er zunächst den gleichen Lohn weiterbezog. Ein ärztliches Gutachten vom Mai 1931 enthält als Angabe des Y. über die Unfallfolgen: er sei auf den Hinterkopf gefallen; seitdem seien seine Nerven »kaputt«; wenn irgend etwas los sei, erschrecke er sehr stark und werde dann schwach auf den Füßen. Er sei wegen ungenügender

Arbeitsleistung ausgestellt worden. Dieses Zeugnis enthält als Befund: Kopf nicht druck- und klopfempfindlich; Nervenaustrittspunkte nicht schmerzhaft; die Untersuchung des Nervensystems und die Prüfung der Reflexe ergibt keinen krankhaften Befund; eine meßbare Erwerbsminderung durch die Unfallfolgen besteht nicht. Am 22. 1. 1932 erging durch das Landesversicherungsamt Urteil dahin, daß erwerbsmindernde Unfallfolgen über die 13. Woche hinaus und damit auch eine Entschädigungspflicht nicht mehr bestehen. — Über einen zweiten Unfall gibt Y. an, daß er 1930 von einem Motorradfahrer angefahren worden sei und eine blutende Verletzung über dem linken Auge erlitt; eine Gehirnerschütterung habe er damals nicht gehabt, doch hätten anschließend 2—3 Wochen lang Kopfschmerzen bestanden. —

Über den Charakter des Y. äußern sich zahlreiche Zeugen dahin, daß er im Grunde anständig, ruhig, brav und fleißig sei; verschiedentlich wird sein Leibspruch zitiert: »Eine Maß Bier ist mir lieber als ein Weib.« Die Zeugenmeinungen lauten so gut wie einhellig dahin, daß man ihm die Tat nicht zutraue. Dieser Ansicht blieben die Zeugen auch treu, nachdem sie von dem Geständnis des Y. wußten; dazu hieß es verschiedentlich, daß er durch den Trunk seinen Verstand verloren haben müsse, denn zu Ausschreitungen im Alkohol neige er allerdings sehr.

Der Vater und die Brüder des Y. sind nüchtern und trinken nicht; auch in der weiteren Verwandtschaft sei der Trunk nicht üblich. Er selbst hat angegeben, daß er bis 1928 durchaus mäßig getrunken habe; seitdem bestehe das Gefühl, daß er nicht mehr so sei wie früher. Er traue sich seit dem Unfall nicht mehr so auf die Gerüste hinauf, weil er alsbald in den Füßen zitterig werde; beim Plänemachen gehe es ihm öfter so, daß er aufhören müsse, wenn es eine etwas schwierigere Sache sei. Das sei aber nur tageweise; »wenn ich freudiger und sinniger bin, fang ich wieder an«. Dann gehe ihm auch jede Arbeit wieder gut von der Hand. Körperlich fühle er sich seit dem Unfall nicht merkbar behindert, nur geistig. Seit dem Unfall kämen auch öfter Gelegenheiten und Momente, in denen er sich so ärgern könne, daß er sich fast nicht mehr auskenne. Wenn ein Arbeiter etwas nicht sauber genug mache oder nicht so, wie es ihm passe, könne er sich übermäßig aufregen. Anfälle oder anfallsähnliche Zustände seien noch nie aufgetreten. Ins Bett nässe er nur nach einem schweren Rausch und auch dann selten. — In beliebigen und von der jeweiligen Finanzlage angeblich unabhängigen Abständen von 1—4 Wochen, gelegentlich auch mit halbjährigen Pausen komme er einen bis mehrere Tage vom Trinken nicht mehr los. Wenn ihm die Gesellschaft passe, bleibe er sitzen; nach 3—4 Glas Bier und mehreren Zigaretten komme er in eine gewisse Begeisterung »und dann

geht es los«. Seit dem Unfall vertrage er eben kein Bier mehr. Meistens gehe er dann nachts nicht mehr heim; er übernachte in den Wirtschaften oder wo es sich gerade gebe. Wein- oder Schnapsmißbrauch wird bestritten; auch sonst wird nie davon berichtet. Auch bei den Eheleuten X. habe er schon wiederholt nach der Polizeistunde noch weiter getrunken und dann dort übernachtet. An solchen Sauftagen sei er schon auf 30—35 Glas Bier und 30 bis 40 Zigaretten gekommen. Einen eigentlichen und zeitweisen Drang zum Saufen aus einer Verstimmung heraus habe er nicht. Wenn er geschäftlich in die Wirtschaft komme, könne er sich eben im entscheidenden Zeitpunkt nicht mehr zurückhalten. Hernach ärgere und schäme er sich immer so fürchterlich über sich selbst, daß er sich geradezu das Leben nehmen könnte. Er meide dann, wo möglich die Gasthäuser, trinke nur Wasser und spare sein Geld. Für die Zeit der Trunkenheit habe er immer eine schlechte, manchmal gar keine Erinnerung. Oft sei es schon vorgekommen, daß ihm am anderen Tag etwas vorgehalten wurde, von dem er nichts mehr wußte. Er habe sich oft nicht mehr an den Verbleib von Hut und Fahrrad erinnern können. »Was mir einer nachher sagt, muß ich glauben, weil ich wenig mehr weiß davon.« Manchmal sei er schon am anderen Morgen wieder hübsch arbeitsfähig, manchmal sei es 2—3 Tage hernach nichts Rechtes. Mit diesen Eigenangaben stimmen auch die zahlreichen Zeugenaussagen über die Trunkfälligkeit des Y. überein. Er könne oft 14 Tage und länger nur Wasser trinken und sehr sparsam sein, dann komme er tagelang ins Trinken hinein, verschwende sein Geld und bezahle anderen Bier. Im Trunk werde er lustig, aber nie rauflustig; er mache dann gern den Wirtstöchtern zudringliche Heiratsanträge.

Über den Alkoholgenuß in der Zeit vor der Verhaftung hat sich durch Nachforschungen ergeben, daß Y. vor dem 9. 9. wochenlang nüchtern geblieben ist. Am Samstag, den 9. 9. 1932 fing er wieder zu trinken an und hielt sich von diesem Samstag bis Montag früh ununterbrochen in der Gastwirtschaft F. in Fe. auf. Die Nacht vom 9./10. 9. zechte er durch; in der Nacht vom 10./11. 9. schlief er in einem Bretterverschlag im Wirtshausflur in Fe. Der Wirt werde schon wissen, wie viel er in den Tagen getruken habe, er selbst könne sich nicht mehr erinnern. Am Montag, den 12. 9. hat Y. den ganzen Tag an der Baustelle in Pa. gearbeitet. In der Nacht von Montag auf Dienstag (Mordtag!) fand ein Zechgelage in der Wohnung der Eheleute X. in Ste. statt, von dem später noch eingehend die Rede sein wird. Von Dienstag (13. 9.) Morgen bis gegen Abend hat Y. wieder auf dem Bau gearbeitet. Er hat aber dort mittags schon wieder zu trinken begonnen und vertilgte bis ca. 4 Uhr nachmittags fünf Maß Bier.

Da er dadurch zu arbeiten unfähig geworden war, begab er sich gegen Abend in die Wirtschaft Z. in Stau. Dort trank er bis spät in die Nacht hinein, nächtigte auch dort und begann am Morgen des 14.9. gleich wieder zu trinken, und zwar ununterbrochen bis 11 Uhr nachts. Für diesen Tag hatte er 25 Maß Bier zu bezahlen; dabei haben ihm allerdings nach Aussage der Wirtsleute andere Gäste ausgiebig mitgeholfen. Als er um 11 Uhr nachts die Wirtschaft verließ, fiel er nach 20 Meter schon von seinem Fahrrad, auch fuhr er die falsche Richtung. Die Wirtsleute bemerkten, daß sie ihn nochmal übernacht behalten hätten, wenn er nicht die Hosen voll gehabt hätte. Um 2 Uhr in dieser Nacht (15.9.) erschien Y. wieder in der Wohnung X. in Ste. Da Frau X. unterdessen vermißt war, kam es aber zu keiner Zecherstimmung, weshalb sich Y. bald wieder entfernte und seit 9.9. erstmals wieder in seinem eigenen Bett schlief. Am 15.9. morgens erschien Y. schon wieder in der Gastwirtschaft Z. in Stau., begab sich aber bald zu der nahen Baustelle in Pa. Dort entfernte er sich ebenfalls bald wieder mit dem Vorgeben Material besorgen zu wollen, suchte verschiedene Gasthäuser der Umgebung auf und wurde in einem solchen nachts 1/210 Uhr »vollbesoffen« von den Fahndungsbeamten angetroffen und verhaftet.

Y. setzte sich bei der Verhaftung in keiner Weise zur Wehr. Auf der Autofahrt in das Gerichtsgefängnis in Str. war er gut aufgelegt, erklärte, er freue sich, daß er auch einmal Auto fahren dürfe; wiederholt äußerte er »da muß ich bloß lachen«. Er sprach aber auch davon, daß er eine Entschädigung von täglich 20 Mark verlangen werde dafür, daß er mitfahren müsse, da er unschuldig sei.

Bei der Rekonstruktion des genauen Aufenthalts des Y. in der kritischen Zeit und damit zur einwandfreien Sicherung des Alibis war sehr zweckdienlich, daß am Morgen des 13.9. nahe der Baustelle in Pa. ein Kraftwagen von der Bahn überfahren wurde und Y. von einer Reihe von Zeugen schon um 7 Uhr an dieser Unfallstelle gesehen wurde.

Am Freitag, den 16.9.1932 wurde Y. erstmals richterlich vernommen. Er gab dabei seine Personalien richtig an und erklärte, er sei an der Mordtat in keiner Weise beteiligt, sei auch seit fünf Wochen nicht mehr in S. gewesen. Er gab an, daß er mit der Ermordeten so ziemlich bis zu deren Eheschließung in einem Liebesverhältnis und in geschlechtlichem Verkehr gestanden habe; seitdem habe er aber nichts mehr mit ihr zu tun gehabt. Über sein Verbleiben ab Montag der laufenden Woche machte Y. folgende teils richtige, teils örtlich und zeitlich falsche Angaben: am Montag, den 12.9. sei er nach der Polizeistunde (ca. 11 Uhr) in Begleitung seines Mitarbeiters K. in die Wohnung des X. Johann

gekommen, habe diesen geweckt und mit ihm in dessen Küche weitergezecht; habe dann im ehelichen Schlafzimmer X. und zwar im Bett der ermordeten Frau X. übernachtet. X. Johann schlief mit seiner Frau zusammen im nebenstehenden Bett, wie schon manchmal nach solchen Zechereien. Bis hierher entsprechen seine Angaben den nachgeprüften Tatsachen. Am Dienstag (13. 9.), dem Mordtage, will er bis 11 Uhr mittags (richtig 6 Uhr morgens) im Bett der Frau X. geschlafen haben; dann will er mit dem Rad an die Baustelle gefahren und erst nachts 12 Uhr an seinen Wohnort Ste. zurückgekommen sein; richtig ist, daß er wie oben schon ausgeführt, bereits um 7 Uhr an der Bau- und Unfallstelle in Pa. war und die folgende Nacht in der Gastwirtschaft Z. in Stau. verbrachte. In der Nacht vom 13./14. 9. will er wieder den Johann X. geweckt und in der Küche getrunken haben; dabei sei auch die Mutter der Ermordeten anwesend gewesen und habe geweint wegen des unerklärlichen Ausbleibens der Tochter. Y. verwechselte also die Nacht vom 13./14. 9. mit der Nacht vom 14./15. 9. und hat eine Orientierungslücke vom Morgen des 13. 9. bis zum Vormittag des 14. 9. Seine Angabe, daß er am 14. 9. bis 11 Uhr nachts in der Gastwirtschaft Z. in Stau. gezecht habe, stimmt wieder mit den tatsächlichen Verhältnissen überein; er benannte auch drei Zechgenossen dieses Tages richtig. Für Donnerstag, den 15. 9. gibt er richtig an, daß er morgens an die Baustelle gefahren sei, auch sind seine Angaben bis zur Verhaftung für diesen Tag richtig. Zum Schluß erklärt Y. dem vernehmenden Richter, daß es nach seinen Angaben nicht möglich sei, daß er in Begleitung der Frau X. in S. war und daß er der Frau nichts getan habe. Endlich legte er Haftbeschwerde ein, weil er unschuldig sei.

Am 17. 9. 32 wurde Y. im Untersuchungsgefängnis durch Kriminalbeamte neuerdings verhört. Dabei waren seine Angaben zum Montag, den 12. 9. die gleichen wie beim ersten Verhör und den Tatsachen entsprechend. Zum Dienstag gab er wieder unrichtig an, daß er bis Mittag im ehelichen Schlafzimmer X. geschlafen habe; wann die Eheleute X. aufgestanden seien, könne er nicht sagen. Er bestritt auch wieder, daß es dabei zu Intimitäten mit der Frau X. gekommen sei. Im Gegensatz zu seinen Angaben vom 16. 9. und auch tatsächlich unrichtig führt er diesmal aus, daß er am Dienstag, nachdem er mittags an die Baustelle kam, nicht gearbeitet, sondern dort im Schatten seinen Katzenjammer ausgeschlafen habe. Erst um 9 Uhr oder 10 Uhr abends will er aufgewacht sein; er bezeichnet die Schlafstelle neben der Straße genau und benennt einen Zeugen namentlich. Nach dem Erwachen will er sofort mit dem Rad heimgefahren und von seinem Bruder empfangen worden sein; auch diese Angaben weichen von der ersten Angabe und noch mehr vom wirklichen Vorgang ab. Daß er vom

13./14. 9. in Stau. übernachtete, ist ihm wieder nicht erinnerlich, doch findet er ab 14. 9. vormittags wieder den richtigen Anschluß; er erinnert sich nun auch zutreffend, daß er in der Nacht von der Gastwirtschaft Z. weg zuerst in falscher Richtung fuhr, dann um Mitternacht den Johann X. wieder weckte, mit ihm kurze Zeit in der Küche trank und bei dieser Gelegenheit erstmals von dem Fernbleiben der Frau X. erfuhr.

Gelegentlich des Verhandlungstermins hat mir Y. zu diesen Verhören erklärt, daß ihm die Kriminalbeamten vorgehalten hätten, daß er bis Mittag im Bett der Frau X. liegen geblieben sei; seine Erinnerung sei an diesen Tagen zwar geschwächt gewesen, doch habe er immer gesagt, er sei nicht in S. gewesen; durch die wiederholten Vorhalte sei er aber »aus dem klaren Standpunkt« gekommen; »das war der erste Irrsinn — weil die immer gesagt haben, daß ich in S. gewesen bin, hab ich's fast geglaubt —«.

Bereits am 16. 9. 32 wurde Y. der Arbeitersfrau L., die der Polizei erstmals den Namen Y. genannt hatte, gegenübergestellt. L. und Y. kennen sich persönlich, da Frau L., wie schon erwähnt, von Ste. stammt. L. sagte bei der Gegenüberstellung »ja Hans du bist es schon ... hinter dir ist die Frau X. gangen«. Y. erklärte darauf »da weiß ich nichts — ich weiß nicht, daß ich in S. war —«.

Am 16. 9. 32 wurde Y. auch dem Straßeneisverkäufer N. gegenübergestellt; dieser wollte den Y. »mit gut Dreiviertel« als den Begleiter der Frau X. erkannt haben. Am gleichen Tag bezeichnete ihn die Kartenschlägerin K. bei einer Gegenüberstellung bestimmt als den Begleiter der Frau X. und bot dafür den Eid an. Auf diese Aussage konnte insofern Wert gelegt werden, als Frau X. und der Täter sich am 13. 9. abends ca. $^3/_4$ Stunden dort aufhielten.

Am 18. 9. 32, als Y. auf Wunsch der Frau L. mit einem braunen Anzug bekleidet der L. nochmals gegenübergestellt wurde, sagte sie zu ihm »Hans du bist es schon gewesen — du tust mir ja leid, aber ich kann dir nicht helfen —«. Einer späteren Aktennotiz ist zu entnehmen, daß Y. bei dieser zweiten Gegenüberstellung vor sich hinschaute, aber nichts erwiderte. Frau L. berichtete dem Untersuchungsrichter am 6. 10. 32 über diese beiden Gegenüberstellungen »ich hab ihm jedesmal ins Gesicht gesagt, daß ich ihn bestimmt erkannt habe, er hat aber jedesmal abgeleugnet«. 1933 konnte sich Y. noch genau an die Worte der Frau L. erinnern; er habe zwar bestritten, für sich aber schon gedacht »da muß ich in meinem Suff doch in S. gewesen sein«.

Über seine Haftzeit bis zum 20. 9., an welchem Tag er sein »Geständnis« ablegte, hat mir Y. selbst noch berichtet: Am 17. 9. sei ein gewisser S. in seine Zelle gelegt worden, die er bis dahin allein bewohnte. Von diesem habe er erstmals erfahren, daß er in S. sei und nicht in D., dem für seinen Wohnort zuständigen Ge-

richtsgefängnis. Von diesem Tag ab will er sich überhaupt erst wieder richtig ausgekannt haben. Wenn er getrunken habe, sei er öfter erst nach einigen Tagen in den Nerven wieder ganz beieinander. Die gegenübergestellten Personen habe er bis auf die Frau L. nicht gekannt. Am 18. 9. habe er von seinem Zellengenossen S., der mit einem Gefängnisbeamten von früher her bekannt war, alles genau erfahren, was er gemacht haben sollte. Am 19. 9. habe er auf diesem Weg auch Kenntnis davon erhalten, daß sein Bruder ebenfalls in Haft sei; das habe ihn aus Besorgnis um den Vater und wegen des Hausbaus besonders schwer getroffen.

Über seine seelische Verfassung in diesen Tagen äußerte sich Y. mir gegenüber wiederholt wörtlich: »auf einen klaren Standpunkt bin ich nicht gekommen — nie — ich bin immer auf tote Punkte gekommen — ich hab lange gemeint ich bin am Dienstag in einem Acker drin gelegen — da sind aber immer wieder die Zeugen gekommen und haben mir ins Gesicht gesagt ich bin in S. gewesen — das ist mir früher auch schon öfter passiert, daß die Leute nachher gesagt haben, das hab ich gemacht und ich hab mich vor lauter Rausch nicht mehr erinnern können — da hab ich mir denkt es ist halt in dem Fall auch so — es ist immer schwerer geworden für mich — ich hab mich direkt angestrengt, daß ich es richtig sag — ich hab mir immer denkt ist das möglich — zeitweise ist mir direkt der Verstand stehen geblieben — wenn es die Leute sagen, muß ich in S. gewesen sein — wenn es die sagen, gibt es keinen Zweifel — hab nicht mehr geschlafen — die Beamten haben mich mit ihren Zeugen beeinflußt — die haben es mir direkt eingepreßt — überall bin ich gesehen worden —«.

Nun tritt die ebenso interessante wie dramatische Wendung ein:

Am 20. 9. kurz nach Mittag wurde Y. wieder vier Zeugen gegenübergestellt; er hat dabei nichts gesprochen. Der Gefängnisbeamte, der ihn in seine Zelle zurückführen wollte, gibt an, daß sich Y. auf einmal auffällig an ihn hingedrückt habe und ihm leise gesagt habe: »Herr Wachtmeister ich sags Ihnen, ich hab sie umgebracht.« Der Wachtmeister will nach späterer Aussage sehr überrascht gewesen sein und gezweifelt haben, ob Y. normal sei, dieser habe aber auf Fragen wiederholt: »Ich hab sie umgebracht, sie hat mich getrieben dazu.« Der Wachtmeister gibt auch an: »Man hatte damals den Eindruck, daß Y. offenbar auf Grund der Gegenüberstellungen seelisch gebrochen war.« Unmittelbar darauf äußerte sich Y. zu einem zweiten Gend.-Beamten: »Ja wenn alle sagen, ich war's, dann muß ich es auch gewesen sein.« Auf die Folgen verwiesen, habe er geantwortet: »Das kostet halt den Kopf und mehr können sie mir nicht nehmen.« Y. sei dabei sehr deprimiert gewesen.

Unmittelbar nach diesem Geständnis wurde Y. an den Tatort geführt. Ein Kriminalbeamter berichtet darüber, daß Y. auffallenderweise frei an die richtige Einbruchstelle des Maisfeldes hingegangen sei. »Y. hat dann mit einer Ruhe sondergleichen am Tatort alles vordemonstriert, wie angeblich die Tat vor sich gegangen ist. So hat sich z. B. der Pol.-Hauptwachtmeister G. zu Boden gelegt und von Y. den Strick um den Hals schlingen lassen. Y. hat dabei die Stellung des G. korrigiert und ihn veranlaßt sich anders hinzulegen. Kein Augenzeuge konnte bezweifeln, daß Y. das, was er da vorführte, selbst erlebt haben mußte«. Auf die Frage des mit anwesenden Staatsanwalts, wo die Gepäckstücke der Leiche gelegen hätten, drehte sich Y. um und bezeichnete prompt und genau die richtige Stelle.

Hierzu bekam ich von Y. folgende Eigenschilderung:

»Nach Mittag hab ich mich auf den Boden hingelegt und hab gedämmert — nicht ganz geschlafen — da bin ich auf einmal aufgestanden und hab gelacht — dann ist mir direkt leicht geworden — dann hab ich zum S. gesagt: »ich mein ich bin es selber« — der hat gesagt: »läuten wir gleich, daß wir es sagen können« — ich hab gesagt: »warten wir noch; ich muß so noch zu einer Gegenüberstellung« — nach $^1/_2$ Stunde ist der Wärter gekommen und hat mich geholt — dann sind mir wieder Leute gegenübergestellt worden, die ich nicht gekannt habe — genickt haben sie — dann hab ich dem Wärter gesagt: »ich mein', ich bin es gewesen« — wo sie mich dann noch hingeführt haben, weiß ich nicht mehr genau — später haben sie mich an den Tatort aussi — mit dem Auto — vor dem Maisfeld haben sie gehalten — ich hab mir denkt: »wo wird es da hin gehen« — mehrere sind vorausgegangen, ich und der B. sind hinten nach — dann haben sie mich ins Maisfeld hineingeführt — dann haben sie eine Photographie gehabt (zeigt die ungefähre Größe der photographischen Aufnahme der Leiche am Tatort; das Bild sei ihm zufällig und kurz zu Gesicht gekommen als es ein Beamter dem anderen hinüberreichte) — der Mais hat ausgesehen wie ein Wald — hab gesehen, daß die Frau dort liegt — ich mein schon sie war auf dem Bauch gelegen — die Kleider waren schwarz — ich war auf alles gespannt — vom Bau in Pa. haben's einen Strick gehabt, den hab ich kennt — da hab ich mir denkt: »jetzt gibts nichts anders, ich bins gewesen« — da hab ich es fest geglaubt, daß ichs gewesen bin — da hab ich überhaupt nicht mehr gezweifelt — am Tatort war mir eher leichter, da hätt ich eher lachen können — was sie mich alles gefragt haben, weiß ich nicht mehr genau — das Geld soll ich ihr auch noch gestohlen haben — von einer schwarzen oder braunen Geldbörse haben sie gesprochen — ich hätt es vormachen sollen — da bin ich immer wieder auf meinen Widerstand gestoßen und hab mir denkt: Das ist doch

unmöglich — da habens einen Mann mit einer langen Nase auf den Boden hingelegt — da habens mir einen Strick in die Hand gegeben — ich hab es nicht vorgemacht — ich hab mich so angestrengt bis zum alleräußersten, weil ich gemeint hab, ich will die Sache richtig machen, daß ich besser rauskomm, daß ich leichter wegkomm — das war härter wie alles — weil ich immer wieder nicht gewußt hab, wie die Sache ist — da bin ich mir nicht ganz ins Klare gekommen — ob ich zu dem auf dem Boden was gesagt hab, kann ich nicht sagen — es hat ungefähr eine Stunde gedauert — viele Leute sind rumgestanden — immer wieder hab ich mir denkt: »Ist denn so was möglich, daß ich so was machen kann? — mit dem Auto sind wir wieder heimgefahren.« —

Teils unmittelbar vor dem Besuch des Tatorts und großenteils am Vormittag des folgenden Tages (21. 9.) gab Y. einem Kriminalbeamten das folgende ausführliche Geständnis zu Protokoll: Nachdem der Ehemann X. am frühen Morgen des 13. 9. 32 das Schlafzimmer verlassen habe, sei er zu Frau X. ins Bett hinüber; zwar sei es zu einem Verkehr nicht gekommen, doch habe ihm diese zum Erbarmen über die schlechte Behandlung durch den Mann geklagt; auch habe sie immer wieder davon gesprochen, daß sie am liebsten mit ihm (Y.) aus dem Leben scheiden würde. Im Laufe des Vormittags habe er dann die Wohnung des X. verlassen und daheim weitergeschlafen; eine Hausinwohnerin könne darüber möglicherweise Aufschluß geben. Gegen Mittag sei er wieder in das Haus des X. Bei dieser Gelegenheit habe ihm der Ehemann X. mitgeteilt, daß seine Frau nach S. fahre; »dabei forderte er mich auf, mit ihr nach S. zu fahren und sie dort zu erschlagen oder aufzuhängen«. Durch diese Aufforderung und in Erinnerung an die Unterredung mit der Frau X. habe er die Fassung verloren; »ich hab dann aus Mitleid mit der Frau X. den Entschluß gefaßt, sie zu ermorden und dann mit ihr zu sterben«. Er will sich dann mit der Frau X. am Bahnhof S. zusammenbestellt haben. Ob er den Strick schon gleich mitgenommen habe, könne er nicht genau sagen; er glaube, daß dies nicht der Fall war. Vereinbarungsgemäß habe ihn Frau X. am Bahnhof S. erwartet. Dann seien sie zu seiner in S. wohnenden Tante gegangen, bei der er sein Rad eingestellt habe. (Es konnte unschwer festgestellt werden, daß Y. tatsächlich nicht dort war.) Nach einem Spaziergang in der Stadt hätten sie eine ihm nicht mehr erinnerliche Wirtschaft besucht. Auf Vorschlag der Frau X. gingen sie gegen Abend zu einer Kartenschlägerin; Straße und Wohnung könne er nicht mehr beschreiben; die Kartenschlägerin bezeichnet er ganz richtig als eine dicke, schwarze, 45 Jahre alte Frau. Bei einem zweiten Gasthausbesuch habe ihn die Frau X. zu einem nochmaligen Spaziergang aufgefordert; nur wegen des ständigen Drängens habe er seine Absicht mit dem Rad wieder

heimzufahren, aufgegeben. Auf diesem Weg habe er der Frau X. ein Paket, enthaltend ihre Einkäufe, getragen. Frau X. habe noch Verwandte im nahen A. besuchen wollen. Auf dem Weg dorthin habe er sich mit ihr in den Straßengraben gesetzt, weil sich bei ihr Ermüdungserscheinungen infolge ihres hochschwangeren Zustands einstellten. Dabei habe er sie geküßt und mit ihr Geschlechtsverkehr ausgeübt nachdem sie ihm nochmals ihr Leid geklagt und ihn aufgefordert hatte gemeinsam mit ihr aus dem Leben zu scheiden. Durch dieses ständige Bitten habe er die Herrschaft über seine Nerven verloren. Sie seien dann in ein nahes Maisfeld gegangen. »Unter Küssen verabschiedeten wir uns von einander und jetzt schlug ich die Frau dann nieder — welchen Gegenstand ich zur Niederschlagung der Frau verwendete, kann ich nicht sagen«. Er habe der Frau nur einen Schlag versetzt; ob sie dadurch das Bewußtsein verlor, könne er nicht sagen; nach dem Schlag habe er die Frau in das Maisfeld getragen und mit dem Strick erwürgt. Das Gepäck habe er neben die Leiche gelegt. »Jetzt wollte ich mich selbst töten — als ich mir aber den Strick um den Hals legte, fiel mich eine solche Scheu an, daß ich mich sofort vom Tatort entfernen mußte«. Er habe anschließend eine gute Viertelstunde auf dem nahen Bahnkörper auf einen Zug gewartet um sich überfahren zu lassen und so sein Versprechen der Frau X. gegenüber einzulösen. Wie er dann nach Ste. zurückgekommen sei, könne er nicht sagen, »da ich infolge des begangenen Mordes ganz verstört war«. Am ganzen Mittwoch habe er sich durch reichlichen Alkoholgenuß in der Wirtschaft in Stau. die Erinnerung an den Mord beseitigen wollen. Gegen Mitternacht sei er in die Wohnung des X. und habe dem Ehemann gesagt, daß seine Frau tot sei. Er gab auch eine daraufhin erfolgte unschöne Äußerung des Ehemannes wörtlich wieder. Ob er Einzelheiten über den Mord berichtet habe, könne er nicht sagen. Am Schluß der Vernehmung bezeichnete Y. diese Angaben als die reine Wahrheit; wenn er von dem X. nicht direkt aufgefordert worden wäre, wenn ihm dieser den Strick nicht mitgegeben hätte und wenn ihn Frau X. nicht ständig gebeten hätte, würde er den Mord sicher nicht verübt haben.

Nach der Rückkehr von der Augenscheinnahme am Fundort der Leiche gab Y. dem gleichen Richter, der ihn am 16. 9. erstmals zur Haftbeschwerde gehört hatte, zu Protokoll, daß seine damaligen Angaben nicht der Wahrheit entsprächen und daß er ein Geständnis ablegen wolle. Der Inhalt seines Geständnisses entsprach im wesentlichen dem eben geschilderten. Die Aufforderung des Ehemannes zum Morde am Mittag des 13. 9. gab er dabei wörtlich an: »Du paß auf, mei Frau die wenn ich nimmer hätt, den Teufel, wär mir tausendmal lieber, weil ich so alleweil zerkriegt

bin — am liebsten wär es mir, wenn du sie gleich aufhängest —«. Die Kartenschlägerin habe der Frau X. gesagt: »Sie werden mit ihrem Geliebten auf Verlangen um ihr Leben kommen« und zu ihm »Sie werden längere Zeit im Zuchthaus verweilen«. Der Kartenschlägerin will er 1,50 M. aus der gelben Börse der Frau X. bezahlt haben. Dann weichen seine Angaben gegen oben insofern ab, als der Geschlechtsverkehr und zwar a posteriori erst im Maisfeld und am Tatort stattgefunden haben soll. Nach dem Akt habe ihm die Frau X. zugeflüstert, sie möchte in einer Stunde mit ihm sterben, auch habe sie ihn bedrängt, sie auf die leichteste Art umzubringen. Um ihr das Sterben zu erleichtern, habe er sie mit einem Schlag auf die Schläfe betäubt; es könne möglich sein, daß er seinen Meterstab dazu verwendet habe. Dann will er die Frau am Hals gedrosselt und endlich mit dem Strick erwürgt haben, den, wie er nun behauptet, sie ihm in der Stadt schon in die Windjacke gesteckt habe. Als die Frau tot gewesen sei, habe er sich neben sie auf den Boden gelegt und versucht, die freien Enden des Strickes um seinen Hals zu binden; das sei zwar wegen der Finsternis nicht ausführbar gewesen, man werde aber an seinem Hals noch die Würgspuren feststellen können. Weiter erwähnt er wieder seine Selbstmordabsichten am Bahnkörper. Am Mittwoch Nacht nach seinem Weggehen von der Wirtschaft Z. in Stau. habe er seine Absicht in die Donau zu springen nicht zu verwirklichen vermocht. Am Schluß des Verhörs bemerkte er wieder, er habe die Frau X. einerseits auf deren eigenes Verlangen, andererseits wegen der Aufforderung des Ehemanns umgebracht.

Zu diesen beiden Verhören hat mir Y. selbst angegeben: »Hie und da hab ich wieder gezweifelt — dann hab ichs wieder fest geglaubt — gefragt haben sie mich, ob ich bei einer Kartenschlägerin war — das hab ich erraten — die Kriminalbeamten haben mich gefragt, ob ich in einem bestimmten Geschäft war, ob ich eine Wurst gekauft hab und noch vieles — da hab ich mir denkt: Das muß so sein — alles was die Zeugen gesagt haben, hab ich bestätigt — der große Teil ist mir vorgesagt worden — freie Ideen hab ich auch gehabt — so Phantasien — ich wär ewig nicht zu der Sach gekommen, wenn die Zeugen nicht gewesen wären —«.

Am 4. und 5. 10. 32 wurde Y. vom Untersuchungsrichter eingehend vernommen. Dabei waren die ganz ausführlichen und uns schon bekannten Angaben über seine Familie und seine eigene Vorgeschichte bestimmt und sachlich richtig. Seine Beziehungen zu Frau X. seien bis zur Sylvesternacht 1929/30 freundschaftlich-nachbarliche gewesen. Von da ab bis Mai 1930 habe er regelmäßig Geschlechtsverkehr mit ihr gepflogen. Obwohl ihm in dieser Zeit zu Ohren kam und ihm von der X. auch bestätigt wurde, daß sie trotz ihrer Jugend mit 5—6 anderen Männern dieselben Be-

ziehungen unterhielt, hätte er sie geheiratet, wenn nicht ihre Mutter auf die Ehe mit dem vermöglicheren X. gedrungen hätte. Anfangs 1932 habe sich zwischen ihm und den Eheleuten X. wieder ein näherer freundschaftlicher Verkehr entwickelt insbes. nachdem er ihren im Frühjahr 32 abgebrannten Stadel wieder aufzubauen gehabt habe. Von da ab seien auch wiederholt nächtliche Zechgelage in der Wohnung des Ehepaars X. vorgekommen, an denen die Frau X. öfter teilnahm; gelegentlich habe er ihr auch zu essen und zu trinken in ihr Schlafzimmer ans Bett gebracht; es seien auch Küsse gewechselt worden, sonst sei aber nie etwas Unerlaubtes geschehen. Ab Mai 32 habe die X. immer häufiger über die Grobheiten ihres Mannes geklagt und davon gesprochen, es liege ihr am Leben nichts mehr. Seine weiteren Angaben vor dem Untersuchungsrichter über die Tage vor dem Morde stimmen wieder bis zum Morgen des 13. 9. Von da ab bringt er wie am 20. und 21. 9. vor, daß er bis 11 Uhr vormittags im Schlafzimmer X. weitergeschlafen habe. Er habe die X. geküßt und sie habe ihn eingeladen mit ihr nach S. zu fahren; er sei damals noch ziemlich betrunken gewesen, habe viel geredet, könne sich aber noch erinnern, daß der ihm eifersüchtig erscheinende Ehemann äußerte »am liebsten ist es mir, wenn du sie aufhängst droben«. Er habe diese Äußerung für ernsthaft gehalten und dem X. geantwortet »du bist stocknarrisch«. Dunkel glaube er sich auch erinnern zu können, daß ihm der Ehemann den Strick mitgegeben habe, höchstwahrscheinlich zum Aufhängen seiner Frau; es könne aber auch sein, daß er den Strick in S. gekauft habe. Dann fährt er in seinen Angaben fort »ich weiß überhaupt nicht, wie ich nach S. gekommen bin — hab nach der Verhaftung überhaupt nicht gewußt, daß ich in S. gewesen bin — ich glaube wir waren dann bei meiner Tante — ich hab anfangs gar nicht gewußt, daß wir bei einer Kartenschlägerin waren — auf Grund der Vorhalte nach meiner Verhaftung hab ich mich dann dunkel entsinnen können, wie wenn die Kartenschlägerin gesagt hätte, das Kind der Frau X. sei nicht von ihrem Mann und daß ich selbst im Zuchthaus sterben würde — ich glaube auch, daß ich der Frau 1,50 M. gegeben habe —«. Weiter gibt Y. dem Untersuchungsrichter an: »Wie ich einmal die Erinnerung hatte, daß wir in S. waren, ist es mir dann von selbst eingefallen, daß Frau X. in einem Wurstladen Wurst und bei Springmann Schuhe gekauft hat«. Y. berichtet auch ganz ausführlich, worüber er sich im Laufe des Nachmittags mit der X. unterhalten habe. Außerhalb der Stadt habe ihn die X. zum gemeinsamen Selbstmord aufgefordert; anfangs nicht einverstanden, habe er sich endlich doch bereit erklärt mit den Worten »mir ist auch alles gleich«. Nahe der Mordstelle habe er der Frau vorgeschlagen nach einem Geschlechtsverkehr aus dem Leben zu

scheiden. Diesen Vorgang nebst den Vorbereitungen dazu schildert er mit genauen Einzelheiten, aber anders als bei seinen früheren Geständnissen. Wieder gibt er eingehende Darstellung von der Mordtat selbst, die sich mit seinen Angaben vom 20. und 21. 9. im wesentlichen decken. Er will darnach fast eine Stunde vergebens auf den Zug gewartet haben, von dem er sich überfahren lassen wollte. Wie und um welche Zeit er heimgekommen sei, wisse er nicht; sein Bruder habe ihm aufgemacht und er habe dann auf dem Sofa in der Küche geschlafen.

Am Mittwoch (14. 9.) sei er um 1/26 Uhr aufgestanden; ob er zur Arbeitsstelle tatsächlich gekommen sei, wisse er nicht; er bemerkt dann aber »da war ich so überrascht von dem Mord — etwas Einblick hatte ich doch noch, weil ich nachstudiert hab wo ich war —«. Von 8 Uhr früh bis 11 Uhr nachts will er dann in der Wirtschaft Z. in Stau. getrunken haben; damit gewinnt er also wie schon öfter wiederum Anschluß an die Wirklichkeit. Im Laufe des Verhörs brachte er auch noch vor »ich hatte überhaupt nicht die Absicht die X. umzubringen und ich behaupte bestimmt, daß ich anfangs selbst gar nicht gewußt habe, daß ich in S. war und daß ich die Frau umgebracht habe, bis mir verschiedene Zeugen gegenübergestellt worden sind — dann hab ich mich allmählich erinnern können, daß ich doch in S. war und dann fiel mir auch ein, wie ich die Frau umgebracht habe, das hab ich vorher garnicht gewußt gehabt — ich habe anfangs fest geleugnet, nicht aus bösem Willen, sondern aus ehrlicher Überzeugung — die Einzelheiten der Tat sind mir erst durch Nachstudieren so allmählich klar geworden — wie ich zu der Tat gekommen bin, ist mir selber ein Rätsel —«. Daß die Anstiftung durch den Ehemann X. von Einfluß gewesen sei, glaube er nicht; »für die Tat kommt hauptsächlich Liebe in Betracht — ich war selbst nicht mehr recht bei Sinnen«. Das wiederholte Zureden der Frau X. habe nach seiner Meinung eine sehr große Rolle gespielt. Daß seine Aussagen bei früheren Vernehmungen zum Teil abweichend lauteten und auch mit den objektiven Feststellungen der Untersuchungsbehörden nicht übereinstimmen, will er damit verständlich machen, daß er damals die Sache noch nicht richtig erfaßt habe; er komme auf die Sache immer besser und sei bestrebt, die volle Wahrheit zu sagen. Endlich verzichtete Y. auf Durchführung des Haftprüfungsverfahrens und erklärte sich bereit, seine Strafe auf sich zu nehmen.

Über sein Verhalten im Untersuchungsgefängnis berichtet der aufsichtsführende Wachtmeister, daß er sich tadellos geführt habe; wiederholt seien von ihm Äußerungen gefallen, für ihn sei es vorbei, er komme nicht mehr hinaus, es koste ihm den Kopf. Zu einem Mitgefangenen soll er sich geäußert haben, man werde

ihm schon eine hübsche Strafe hinaufhauen, er rechne mit 15 Jahren; zu einem anderen Häftling habe er gesagt »na da hauen sie mir schon den Kohlrabi weg«.

Am 26. 9. 32 wurde Y. einem Zeugen St. gegenübergestellt, der ihn wieder zu erkennen glaubte. Y. selbst äußerte dazu, die Angaben dieses Zeugen könnten möglicherweise stimmen, erinnern könne er sich nicht. Eine angebliche Auseinandersetzung zwischen ihm und der Frau X. bestritt er aber; er sei mit dieser vielmehr immer einig gewesen.

Y. selbst hat mir über seine spätere Haftzeit angegeben: »da hab ich eine schwere Zeit gehabt — das war ein schwerer Zustand — ich brachte keinen Grund herbei — aber wenn die alle aussagen, hab ich mir gesagt, muß es so sein — ich bin immer wieder auf Widerstand gestoßen — bin auf Punkte hinübergesprungen — von Punkt zu Punkt — hab immer sinniert wie gibts das — ein Reueempfinden hab ich nie gehabt — vor Wut hätt ich immer wieder mit dem Kopf an die Wand stoßen können — ich hätte mich köpfen lassen — ich wär sogar froh gewesen —«.

Am 31. 10. 32 — das ist der Tag seiner Entlassung aus der Untersuchungshaft — wurde Y. nochmals vom Untersuchungsrichter vernommen. Die ihm vorgelegten Fragen beantwortete er im Sinne seiner früheren Aussagen vor diesem Richter. Er äußerte auch, weil ihm das Leugnen nichts helfe, würde er gern sagen, wo er den Mordstrick herbekommen habe; er wisse es aber tatsächlich nicht. Auf Vorhalt antwortete er u. a.: »Ich muß mich auf die Zeugen verlassen«. Hartnäckig hielt er daran fest, daß das Eisenbahnunglück, dessen Folgen besichtigt zu haben, er sich noch entsann, bereits am 12. 9. gewesen sei; wenn das nicht stimme, sei er sich überhaupt nicht mehr klar. Den Vorhalt, daß er die Frau überhaupt nicht umgebracht haben könne, beantwortet er dahin »ich muß es zugeben, wenn es die anderen sagen — bei der Verhaftung hat man es mir gesagt —«. Daß er von Dienstag auf Mittwoch in der Wirtschaft Z. in Stau. übernachtet habe, wisse er nicht; »ich muß mich auf die Zeugen verlassen«. Daß ihn der Ehemann irgendwie zur Tat veranlaßt habe, bestritt er, ebenso, daß es ihm mit seinem Geständnis etwa um eine absichtliche Verwischung der richtigen Spur zu tun war. »Ich hab nur deshalb den Mord zugegeben, weil jeder gesagt hat: du mußt es bestimmt sein — ich hab alles da herinnen (Gefängnis) erfahren z. B. von der Kartenschlägerin und von der Art, wie die Frau umgebracht worden ist — da hab ich mir gedacht, es könnte so möglich sein und hab es deshalb zugegeben —.«

Y. rückt also innerlich schon mehr von seinem Geständnis ab, versucht zu korrigieren und beruft sich durchwegs auf die

Zeugenaussagen und die sonstigen außerhalb seiner Person liegenden Informationsquellen.

Am 31.10.32 wurde Y. aus der Haft entlassen, nachdem über sein Alibi objektive Zweifel nicht mehr bestehen konnten.

Über seine Verfassung bei der Haftentlassung hat mir Y. angegeben: »ich hab mir gesagt, die Leute sind ungeschickt, die lassen mich jetzt aus — die lassen mich aus und ich bin es gewesen — ich war so fest überzeugt, daß es unerzählbar ist — ich hätte mich köpfen lassen auch — ich hab es nicht geglaubt, daß ich entlassen werde —«.

Noch 14 Tage habe er daheim gebraucht, bis er wieder sozusagen normal gewesen sei. »Daheim hab ich's auch noch geglaubt — wie sie den Georg X. verhaftet haben, hab ich mir denkt: der ist unschuldig —.« In dieser Zeit habe er Kopfweh bis aufs alleräußerste gehabt und die Nerven hätten ihn immer sehr angestrengt; er habe acht Tage nicht geschlafen vor lauter Aufregung und Verwirrung; die Zeitungsartikel hätten ihn auch immer ganz auseinander gebracht. Da ihm ein Gend.-Kommissär öfter gesagt habe, er sei nicht dabei gewesen, sei es in ihm kurze Zeit ruhiger geworden; auch weil ihm der Strick, der ihm am Tatort gezeigt worden war, wieder gebracht worden sei. Dann habe er doch wieder nichts mehr denken und arbeiten können; nicht einmal die Arbeitsbescheinigungen habe er schreiben können. Mit der Zeit sei er mit den Leuten wieder besser zusammengekommen; sei langsam wieder anders geworden; habe sich wieder gefühlt so wie früher; »bis ich es wieder aus dem Kopf herausgebracht hab, das war das härteste für mich«.

Ein Gend.-Kommissär berichtet, daß sich der Vater Y. damals dahin geäußert habe, wenn der Hans nicht umstecke, müsse er ihn noch in eine Anstalt tun; einmal weine er, dann lache er immer.

Am 21.11.32, also drei Wochen nach seiner Enthaftung, wurde Y. nochmals vom Untersuchungsrichter gehört. Neben ausführlichen Angaben über die Genese des Geständnisses bemerkte er, »das war ein Moment, ich weiß selber nicht, wie das zugegangen ist — hab sogar die Sach am Tatort vordemonstriert — die Einzelheiten der Tat hab ich von verschiedenen Seiten erfahren — ich hab mir dann alles in der Phantasie so vorgestellt — daß ich schließlich selber dran geglaubt hab und von meiner Schuld überzeugt war — ich bin mir jetzt ganz klar, daß ich an dem Mord der Frau X. vollkommen unschuldig bin —«.

Nach der hier niedergelegten, hoffentlich nicht zu weitschweifigen Schilderung des Tatbestandes, haben wir einen Kriminalfall vor uns, dessen Aufhellung in der Voruntersuchung

mit eigenartigen Verwicklungen verknüpft war und der auch kriminalpsychologisch besonderes Interesse verdient.

Wenn wir uns nun mit der Persönlichkeit des Y. näher auseinanderzusetzen haben, so verweise ich zunächst auf die von ihm zur Begründung seiner Schadensersatz- und Rentenansprüche angeführten Symptome einer traumatischen Dauerschädigung des Zentralnervensystems. Der Unfall im Jahre 1928 ist zwar erwiesen, doch wurde ein Schädeltrauma ärztlich nicht beobachtet und festgestellt. In späteren Gutachten und Entscheidungen werden die von Y. behaupteten Folgen als unbegründet abgelehnt. Die Unterlagen für die Annahme einer evtl. vorhandenen residuären psychischen Störung sind also dürftig. Gröbere Folgeerscheinungen wird man wohl ausscheiden können. Nicht übergehen wird man können die angeführten subjektiven nervösen Beschwerden, die Schwindelanwandlungen, die erhöhte Reizbarkeit, das zeitweise vorhandene Gefühl verringerter Leistungsfähigkeit, die Ermüdungsempfindungen und die gelegentliche Erschwerung des Denkens. Ob diesen von Y. behaupteten Symptomen allerdings eine organisch-traumatische Veränderung des Gehirns zugrunde liegt oder ob etwa Rentenwünsche oder andere psychogene Momente wesentlich sind, ist nicht sicher zu entscheiden.

Die von Y. angegebene veränderte Reaktion aus Alkohol seit dem Unfall verdient wohl die meiste Beachtung. Hat Y. tatsächlich ein Hirntrauma erlitten, so kann eine gesteigerte Empfindlichkeit dem Alkohol gegenüber dadurch wohl bedingt sein. Y. ist allerdings in seinen Rauschzuständen nie besonders auffällig geworden, es kam auch nicht zu offenkundiger Verwirrtheit oder bes. auffallenden Handlungen. Dafür lassen sich aber Bewußtseinsstörungen mit schweren Erinnerungsausfällen um so sicherer nachweisen. Wie schon nach vielen früheren solchen pathologischen Rauschzuständen war die Erinnerung auch in den entscheidenden Tagen zum Teil aufgehoben, zum Teil inselhaft, traumhaft-unscharf; auch der noch vorhandene Bestand schwankte ganz offensichtlich dauernd und ließ sich trotz aller nachträglicher Bemühungen nie richtig fassen. Die mehr oder weniger starke Beeinträchtigung des Bewußtseins und der Auffassung veränderten, verzerrten und verfälschten offenbar seine Sinneseindrücke ganz erheblich. Es waren daher auch die davon abgeleiteten Gedankenverbindungen und Vorstellungen wie schon oft, so auch in den kritischen Tagen großenteils falsch und abwegig. Das gab ihm auch das Gefühl der großen allgemeinen Unsicherheit und damit war Y. bestimmten Zeugenaussagen und allen sonstigen Beeinflussungen gegenüber verringert widerstandsfähig.

In den Zeiten der Ernüchterung scheint das Schuldbewußt-

sein seiner Schwäche und Hemmungslosigkeit gegen die Verführungen des Alkohols stark ausgeprägt gewesen zu sein, so daß sogar gelegentlich Selbstmordabsichten in ihm aufgetaucht sind. Es ist daher begreiflich, daß solche Gedankengänge von ihm in sein Geständnis eingeflochten wurden. Daß Selbstvorwürfe während der Haft erst recht eine Rolle gespielt haben werden, liegt sehr nahe. So haben sich auch in ihm weniger Widerstände gegen eine durch Selbstverschulden verdiente und hohe Strafe erhoben.

Nachdem ein Schädeltrauma nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, könnte man daran denken, daß bei Y. eine erworbene Schädigung der Widerstandskraft nach Art der Dipsomanie vorliegt. Nach den Eigenschilderungen des Y. habe ich aber nicht den Eindruck bekommen, daß den Trinkerexzessen endogene und schubweise sich einstellende Verstimmungen vorausgegangen wären.

Von *Legrain* und *Marguliers* sind allerdings Fälle von Periodentrunk beschrieben und als Pseudodipsomanie bezeichnet worden, bei denen eine Verstimmung nicht zu bemerken war. Eine gewisse Wahrscheinlichkeit, daß zwischen den immerhin eigenartigen Rückfällen in die Trunksucht und dem erlittenen Unfall Zusammenhänge bestehen, liegt jedenfalls vor. Ich verweise nochmals auf die Symptome psychischer Schwäche in der Zeit der Nüchternheit, welche ebenfalls die Folgen eines Traumas sein können.

Von deliranten oder halluzinatorischen Zuständen im Zusammenhang mit den Räuschen oder während der ersten Hafttage hören wir nichts. Aus dem vielfach wiederholten Alkoholmißbrauch heraus könnte sich endlich eine Korsakowsche Psychose schleichend entwickelt haben. Abgesehen davon, daß Y. nur Bier getrunken hat und das jugendliche Alter dagegen spricht, fehlen Hauptsymptome; auch kann der ganze Verlauf nicht in diesem Sinne gedeutet werden.

Zu welchem Grade Veranlagung, zu welchem Grade erworbene Eigenschaften bei den pathologischen Reaktionen auf Alkohol eine Rolle gespielt haben, läßt sich nicht genau bestimmen. In der Blutsverwandtschaft scheinen psychische Störungen oder Alkoholentgleisungen nicht vorzuliegen. Eine geistige Erkrankung oder eine andere gröbere geistige Abwegigkeit als Grundleiden läßt sich ebenfalls nicht feststellen. Y. machte den Eindruck einer zwar nicht ungewandten und mindestens durchschnittlich begabten, aber auch den einer noch nicht ausgereiften, psycholabilen, weichlichen, rasch ermüdbaren Persönlichkeit. Die Angehörigen und Zeugen schildern ihn als einen in

nüchternem Zustand gutmütigen Menschen, doch wurde auch schon die Besorgnis laut, er vertrinke seinen Verstand. Von der einmaligen geringen Vorstrafe abgesehen wurde er vorher nicht straffällig oder in gröberem Ausmaß asozial.

Die Bereitschaft zu krankhaften Rauschzuständen war bei Y. offensichtlich schon eine dauernde geworden. Welche Einflüsse wie gesagt zu dieser Schädigung des Gehirns geführt haben, läßt sich wohl nicht restlos klären, doch drängt sich die Möglichkeit eines Zusammenhangs mit dem Unfall immer wieder auf.

Bei dem häufigen und schweren Alkoholmißbrauch kann man auch annehmen, daß es bereits zu einer unmittelbaren Gehirnschädigung im Sinne einer gewissen geistigen Abschwächung gekommen ist, die dem Auftreten psychogener und suggestiver Reaktionen günstig war. Immerhin muß darauf hingewiesen werden, daß Y. in den Tagen, in denen er dem Alkoholexzeß noch am nächsten stand, verhältnismäßig richtige Angaben machte und gegen die Haft als unbegründet Beschwerde erhob.

Durch bestechende Zeugenaussagen kamen die Fahndungsbeamten auf die Spur des psycholabilen und suggestiblen Y., der sich gerade damals in einer Situation und Verfassung befand, die suggestiven Einflüssen in hohem Maße günstig war.

Entsprechend der Wucht des seelischen Erlebnisses war auch die Reaktion eine besonders ungewöhnliche. Aus den ausführlichen Eigenschilderungen ist ersichtlich, wie schwer in den ersten Tagen das Hafterlebnis und die Anklage auf Y. eingestürmt sind. Dabei kam ein besonderes Gewicht zu den Vernehmungen durch autoritative Persönlichkeiten und der Sicherheit der Behauptungen der Zeugen gelegentlich der Gegenüberstellungen. Daneben hatte Y. wie beschrieben auch sonst noch Möglichkeiten, von dem Stand der Voruntersuchung Kenntnis zu bekommen. All das versuchte er immer wieder mit seinen alkoholischen Erinnerungsinseln und seinen Erinnerungstäuschungen in Einklang zu bringen. Dabei ist er immer wieder auf die dunklen Punkte gestoßen, von denen er öfter spricht. Es ist sehr interessant zu verfolgen, wie schwankend der Grad der Erinnerungsaufhellung dabei war.

Unter diesen Umständen und bei den ungewöhnlich stark und reichlich gesetzten Fremdsuggestionen mußten dann Eigensuggestionen besonders üppig aufgehen. Ich habe schon darauf hingewiesen, daß auch dafür die Voraussetzungen bei Y. besonders günstig waren. Eine nicht zu unterschätzende Rolle haben dabei sicher die früheren und neuerdings wieder aufgenommenen

Beziehungen des Y. zu der Ermordeten gespielt, in die er uns vielleicht nicht vollen Einblick gegeben hat.

Y. schildert sehr interessant und plastisch wie am 20. 9. nach einem kurzen Halbschlaf der nach Tagen banger Zweifel befreiend wirkende Moment eintrat, in dem er sich zu der falschen Erkenntnis durchgerungen hatte. Von da ab eröffnete sich ihm der ungehinderte Zugang zu dem vermeintlichen Morderlebnis.

Besonders bei den Verhören am 20. und 21. 9. waren seine Angaben von dem Gefühl der Erleichterung und der erhöhten Bereitschaft getragen. Es kam dabei auch zu einigen phantastischen Ausschmückungen jedoch naheliegenden Inhalts. Delirante oder halluzinatorische Vorgänge wurden anscheinend nie wirksam. Die Identifizierung mit der Persönlichkeit des Täters war besonders in der ersten Zeit, nachdem er sein Geständnis abgelegt hatte, eine weitgehende. Wie aktiv Y. zu seinem Geständnis stand, erhellt besonders deutlich aus seinem Verhalten am Tatort.

Y. fühlte sich also als Täter, als zu Recht in Haft und hat sich auch in unauffälliger Weise so benommen. Wenn also die Haft als suggestiver Faktor am Zustandekommen des Geständnisses einen erheblichen Anteil hat, so hat sie später einen ausschlaggebenden psychischen Druck nicht mehr ausgeübt. Y. hat sich auch in der Folgezeit nicht mehr dagegen gewendet. Nachdem sich Y. einmal zu der Erkenntnis der Täter zu sein durchgerungen hatte, war er auch bereit mit einer imponierenden Sühne- und Todesbereitschaft dafür einzutreten. Er versuchte nie zu beschönigen oder sich zu entlasten. Sachliche Einwände und tatsächliche Unmöglichkeiten wies er sogar als belanglos ab und stand mit erhöhtem Bekennermut und ohne Befreiungssehnsucht zu seiner vermeintlichen Tat.

Interessant ist, daß trotzdem ein eigentliches Reueempfinden nie bestand. Gewisse Schranken haben also immer noch standgehalten; trotz der Überzeugung der Täter zu sein, ist eine völlige Kapitulation der Persönlichkeit offenbar doch nicht erfolgt. Wenn Y. auch äußerlich die Waffen gestreckt hatte, so waren doch noch genügende verstandesmäßige Reste von Überlegung da, um ein Fremdgefühl zu der Tat zu unterhalten.

Der zur Schau getragene Affekt war dem Geständnis offensichtlich stets in entsprechender Weise angepaßt. In den ersten Tagen, nachdem er geständig war, scheint Y. das Gefühl der Erleichterung und der Euphorie empfunden zu haben. In den Tagen des Abreagierens nach der Haftentlassung kam es abwechselnd zu depressiven und euphorischen Schwankungen. Eine Tendenz zu stupröser Reaktion bestand offenbar nie. Auch zu funktionellen

körperlichen oder neurologischen Symptomen ist es anscheinend nicht gekommen.

Im Laufe der späteren Haft wurde der Widerstreit mit der Wirklichkeit immer stärker und häufiger. Trotzdem gelang es Y. erst 14 Tage nach der Haftentlassung wieder völlig den Boden der Tatsachen zu erreichen.

Die Wiedergabe der Erlebnisse während der ganzen Zeit der Untersuchungshaft ist, wie aus den angeführten Eigenschilderungen hervorgeht, eine verhältnismäßig gute.

Falsche Selbstbeschuldigungen kommen aus den verschiedensten Motiven sowohl bei geistig Gesunden wie bei mehr oder weniger geistig Gestörten vor. Es würde sich daher kaum verlohnen, die Beschreibung solcher Fälle um einen weiteren zu vermehren. Der vorliegende Fall ist jedoch in vieler Beziehung so interessant gelagert, daß er vielleicht einzigartig in der Kriminalpsychologie dasteht.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 27. I. 1934.

Anwesend: *Baumm*-Königsberg, *Bostroem*-Königsberg, *Christukat*-Königsberg, *Diegner*-Königsberg, *Fahrenbruch*-Rastenburg, *Fischer*-Memel, *Friedlaender*-Königsberg, *George*-Allenberg, *Goetze*-Allenberg, *Goroncy*-Königsberg, *v. d. Heydt*-Königsberg, *Hoffmann*-Königsberg, *Jacob*-Königsberg, *Jacobi*-Königsberg, *Jankowski*-Königsberg, *Kaiserling*-Königsberg, *Klieneberger*-Königsberg, *Langen*-Königsberg, *Mauß*-Königsberg, *Moser*-Königsberg, *Nippe*-Königsberg, *Paul*-Königsberg, *Praetorius*-Königsberg, *Stoeltzner*-Königsberg.

Baumm-Königsberg: Ein paranoischer Denunziant.

Bericht über einen 60jährigen Beamten, körperbaulich asthenisch-pyknischer Mischtyp, mit einer seit vier Jahren allmählich zur Entwicklung gekommenen, besonnenen, systematisierten Wahnbildung: seine Kollegen legen es darauf ab, ihn zu politischen Redensarten zu provozieren, um ihn dann verleumden zu können, beeinflussen ihn hypnotisch, hören bei seinen Unterredungen mit Vorgesetzten an den Türen oder durch Löcher in der Wand mit, hintertreiben seine Beförderung. In die Richtung des Wahnes weisende Fehldeutungen tatsächlicher Vorkommnisse und Fehlbeobachtungen finden sich neben echten Erinnerungsfälschungen, dagegen keine Sinnestäuschungen. Der Kranke zeigt gesteigertes Selbstgefühl, mißtrauische Affektlage, mangelnden Sinn für Humor. Die allgemeine Intelligenz ist intakt, nur ist das Denken von krankhaft persönlichem Gepräge und ermangelt der »Fähigkeit, die Erzeugnisse der Einbildungskraft mit dem Maßstabe nüchterner Erfahrung zu messen« (*Kraepelin*). In zahlreichen langatmigen Eingaben an seine Behörde versucht P. sich seiner vermeintlichen Widersacher zu erwehren, indem er sie aller möglichen Verfehlungen wegen denunziert und wie ein Intrigant gegeneinander auszuspielen sucht, doch gibt er selbst zu, daß seine Anschuldigungen nur auf Vermutungen beruhen, für deren Richtigkeit ihm die Beweise fehlen. Er galt bei seinen Vorgesetzten und Mitarbeitern als Denunziant und schlechter Charakter, der durch exemplarische Bestrafung wohl noch zu bessern sei, bis die ärztliche Begutachtung das Vorliegen einer Paranoia (*Kraepelin*) aufdeckte. Trotz der Wahnbildung vermochte P. seinen Dienst jahrelang zufriedenstellend zu versehen, bis er neuerdings durch

sein Verhalten so störend wurde, daß seine Pensionierung befürwortet werden mußte.

Bostroem-Königsberg: Zur Frage der Anstaltsbehandlung bei chronischen Alkoholikern.

Es wird auf gewisse Schwierigkeiten hingewiesen, die bei der Behandlung von kriminellen und grob asozial gewordenen Alkoholikern in Kliniken und Anstalten entstehen. Gewöhnlich werden diese Trinker nach irgend welchen Exzessen oder Erregungszuständen polizeilich als gemeingefährlich eingewiesen; nach Ausschlafen ihres Rausches bzw. nach Abklingen der Erregung sind sie im wesentlichen unauffällig und werden nun auf Grund der Gemeingefährlichkeitserklärung zurückgehalten. Sie bedürfen aber meist keiner ärztlichen Behandlung, sondern nur einer Fernhaltung von Alkohol und einer Erziehung zur Arbeit. Die in Kliniken zur Verfügung stehende Arbeitsmöglichkeit ist unzureichend, ganz abgesehen davon, daß sie disziplinär grundsätzlich anders behandelt werden müßten als die eigentlichen Kranken. Der einzige Vorteil einer derartigen Retinierung ist der, daß die Trinker in dieser Zeit zu Hause kein Unheil anrichten können und alkoholfrei gehalten werden. Die Erfahrung lehrt, daß diese Leute, die man schließlich auch nicht dauernd behalten kann, fast immer bald nach der Entlassung rückfällig werden, so daß die Ausgaben für den Aufenthalt in Klinik und Anstalt umsonst gewesen sind. Dieser Umstand ist unbefriedigend; die einzig mögliche Lösung ist die, für solche körperlich gesunden, asozial und kriminell gewordenen Alkoholiker eine Art Konzentrationslager zu schaffen, wo sie zwangsmäßig gehalten und zur Arbeit genötigt werden. Derartige Maßnahmen würden auch abschreckend wirken, was entschieden ein Vorteil wäre, denn der Aufenthalt in einer Anstalt wird in der Regel gerne in Kauf genommen, schon um die sonst oft fällige Strafe zu vermeiden. Eine derartige Maßnahme wird um so nötiger sein, als bei den meisten Delikten, die zur Einweisung führen, eine Strafe nicht zu erfolgen pflegt, und zwar nicht etwa aus § 51, der ja so gut wie immer verneint werden kann, sondern weil in der Regel kein Strafantrag gestellt ist (es handelt sich meist um Antragsdelikte).

Diskussion: *Nippe*-Königsberg: Bericht über zu treffende Maßnahmen: Betonen der Notwendigkeit des Arbeitslagers zwecks Arbeitstherapie.

Langen-Königsberg: Von der Fürsorgestelle sind in den letzten Jahren alljährlich ca. 60—80 Alkoholiker als zurzeit gemeingefährlich geisteskrank eingewiesen worden. Früher waren es mehr. Es sind die schwersten Fälle von etwa 300, früher bis 500 Zugängen (davon etwa ein Drittel alte, zwei Drittel neue Fälle). Hinter diesen steht die noch weit größere Zahl der ohne ärztliche Mitwirkung vom »Blauen Kreuz« usw. betreuten Alkoholiker. Ein Teil der aus der geschlossenen Anstalt Entlassenen ist natürlich bald wieder rückfällig geworden, ein Teil aber geheilt, mindestens sozial. Wenn heute zweifellos an Stelle der kostspieligen Anstaltseinweisung andere Maßnahmen treten müssen, so war bisher doch unbedingt dies Vorgehen das geeignetste, noch ärgeres Unheil zu verhüten, als die Alkoholiker schon angerichtet hatten.

Fischer-Memel: Ref. spricht sich sowohl gegen Strafmaßnahmen wie gegen rein ärztliche Behandlung und Versorgung der Alkoholiker aus. Alkoholiker sind danach Süchtige, bei denen durch Straf- und Abschreckungsmaßnahmen keine Heilung zu erzielen ist, sondern nur durch systematische Gewöhnung an regelmäßige Arbeit. Ref. empfiehlt daher weder Klinikbehandlung noch Strafhaft (soweit es sich nicht um Aburteilung von kriminellen Handlungen handelt), sondern Arbeitstherapie unter fachärztlicher Aufsicht.

Hoffmann-Königsberg: Da der größte Teil der Alkoholiker nicht Psychopathen sind, sondern infolge der Trinksitten allmählich in den Alkoholismus hineingeschliddert sind, sollte m. E. der Hebel angesetzt werden, indem man die Trinksitten prophylaktisch beeinflußt. Das jetzt überall in Deutschland herrschende Führerprinzip gibt dazu die Handhabe. Die Führer, denen die jungen Männer z. B. in der SA. und in der SS. anvertraut sind, müßten darauf hinweisen, daß nicht die Trinkfestigkeit ein Maßstab für den Wert des Mannes ist, vielmehr des Führers Adolf Hitlers Alkoholenthaltsamkeit ein Vorbild sein muß, ein erstrebenswertes Ideal.

Fahrenbruch-Rastenburg: Säuglingsreflexe bei einem neun Jahre alten Idioten.

Der Vortragende stellt zwei im Lebensalter fortgeschrittene Idioten von neun und fünf Jahren vor, bei denen eine Reihe von Säuglingsreflexen noch deutlich zu beobachten sind. Ergänzt werden die Demonstrationen durch Lichtbilder des ersten Falles, die die charakteristischen Haltungen besonders schön zeigen. Vortragender hält es für richtig, in dem Ablauf des Moro'schen Reflexes zwei Phasen prinzipiell zu unterscheiden. Die erste Phase, die in einem Auseinanderführen beider Arme besteht, ist nach ihm ein Psychoreflex, der eigentliche Schreckreflex. Bei dem älteren Idioten konnte, wie auf Lichtbildern gezeigt wurde, beobachtet werden, daß diese Phase unmittelbar in eine tonische Starre der gesamten Körpermuskulatur (mit Pupillenstarre) überging. Die zweite Phase, die in einem Zusammenfahren beider Arme besteht, ist nach dem Vortragenden ein Schreckreflex, der unter dem Bilde eines tonischen Halsreflexes (symmetrisch bei Kopfmittelstellung, asymmetrisch bei seitlicher Kopfhaltung) verläuft und auch als solcher aufzufassen ist. Beide Bewegungsabläufe werden für atavistische Mechanismen gehalten, die zweite Phase für einen rudimentären Kletter-Fluchtreflex.

v. d. Heydt-Königsberg: Über Echopraxie.

Demonstration von Filmen.

Goetze-Allenberg: Die Behandlungsmethoden der Psychiatrie im Anfang des 19. Jahrhunderts.

Es wurden Holzmodelle einer Drehmaschine und eines Drehstuhls vorgeführt, die nach den Kupferstichen aus der »Zeitschrift für psychische Ärzte« angefertigt worden waren. Unter Vorlage alter psychiatrischer Bücher und Bilder sprach Vortragender über die Entwicklung der deutschen Psychiatrie im Anfang des 19. Jahrhunderts.

Das Vorbild für die Drehapparate stammt aus England. Anfangs handelte es sich um eine Schaukel, mit der man Seeleuten den Eindruck einer Seereise erwecken wollte, um sie auf angenehme Gedanken zu bringen. Später wurden Apparate gebaut, die in rasche Umdrehung versetzt werden konnten. Es sollte dadurch ein Brechreiz erzielt werden. Denn die Ausscheidung des sauren Magensaftes hielt man für besonders heilsam, da es unbekannt war, daß der Magen auch in normalem Zustande eine Säure enthält. Schließlich wurde die abschreckende Wirkung des Drehbetts das Wichtigste.

Horn führte 1807 auf der Irrenabteilung der Charité diese Maschine ein. Nach Neuruppin kam sie 1810 auf die Veranlassung *Langermanns*, dem Leiter des Pr. Medizinalwesens. Dieser hatte getadelt, daß in Neuruppin gegen die Unarten und Bosheiten mancher Narren zu viel Nachsicht geübt würde. Allgemein eingeführt wurde die Drehmaschine in Deutschland nicht. In Schleswig wollte man von derartigen Prozeduren nichts wissen, in Würzburg war man mit den Erfolgen nicht zufrieden.

Von *Reil* konnten Bilder und eine Krankengeschichte im Original gezeigt werden. *Reil* wollte durch alle möglichen Überraschungen angenehmer und abschreckender Art das Gemüt der Kranken erregen. Viele Vorschläge sind sehr eigenartig, z. B. Kranke in einen Kübel mit lebenden Aalen stecken.

Im Anfang des 19. Jahrhunderts war die Psychiatrie ein unerschlossenes Gebiet. Mit einem Optimismus ging man an die Arbeit. Es ist selbstverständlich, daß manche Irrtümer vorkamen. Das Wesentliche ist aber, daß überhaupt an die Pflege Geisteskranker herangegangen wurde. Dadurch wird diese Zeit in der Geschichte der deutschen Psychiatrie immer einer besonderen Beachtung wert sein.

K. Moser-Königsberg: Psychiatrische Erfahrungen zur Frage der eugenischen Schwangerschaftsunterbrechung.

Bei graviden Frauen, die zur Begutachtung auf Vornahme des künstlichen Abortes in die Klinik kamen, waren von einweisenden Ärzten mehrfach leichte psychische Anomalien oder sogar nur Belastung mit solchen für ausreichend gehalten worden, die Schwangerschaft aus eugenischen Gründen zu unterbrechen. *M.* geht daher auf die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation ein und weist besonders auf den Unterschied gegenüber der eugenischen Sterilisierung hin, der auch eine verschiedene Indikationsstellung mit sich bringt. Die eugenische Schwangerschaftsunterbrechung, die im übrigen gesetzlich nicht anerkannt ist, steht und fällt mit der Erbprognose für die lebende Frucht, die dabei geopfert wird. Es müßte daher zum mindesten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein erbkrankes Kind erwartet werden können. Fälle, in denen diese Voraussetzung gegeben ist und eine Diskussion über diese Frage gerechtfertigt wäre, fand *M.* in Übereinstimmung mit anderseitigen Mitteilungen sehr selten. Unter 277 Frauen, die in den letzten Jahren auf Schwangerschaftsunterbrechung begutachtet worden waren, befand sich nur ein einziger Fall, der in Betracht gekommen wäre (ein schizophrenes Mädchen, das von einem Schizophrenen geschwängert worden war). Da-

gegen waren in seinem Material die Fälle recht zahlreich, in denen eine leichtere erbliche Belastung die Erbprognose des Kindes trübte, so 10 Elternpaare, bei denen ein Partner psychisch schwer erbkrank, der andere schwerer Psychopath oder Alkoholiker war. In 40% wies ein Elternteil eine manifeste Erbkrankheit auf. Bei Einbeziehung leichter Schwachsinnszustände und schwerer Psychopathien ließen sich stets erhebliche Anomalien nachweisen. Dies könnte vielleicht die Anwendung einer eugenischen Hilfsindikation berechtigt erscheinen lassen, die aber auch ihre Bedenken hat. Die ersten Schwierigkeiten entstehen bei der Frage, wo hier die Grenze zu ziehen ist. Diese Frage zu entscheiden bzw. die Erwartung eines erbkranken Kindes präziser, etwa zahlenmäßig, auszudrücken, reichen unsere erbprognostischen Kenntnisse noch nicht aus. Dazu kommt, daß Frauen mit manifesten Erbschäden in der Folgezeit schon durch das Sterilisierungsgesetz erfreulicherweise von der Fortpflanzung ausgeschaltet werden, so daß die Zahl der für eine eugenische Hilfsindikation in Betracht kommenden Fälle bereits stark eingeschränkt wird. Endlich würde eine zu weite Fassung die Gefahr einer laxen Handhabung und Verquickung mit sozialen Momenten mit sich bringen, der nicht wenige gesunde Kinder zum Opfer fallen würden. Frühere Erfahrungen an klinischem Material veranlassen *M.*, besonders darauf hinzuweisen, daß gerade diese Gefahr nicht zu unterschätzen ist.

K. Moser: Genuine Epilepsie und Schädelröntgenogramm.

Im Hinblick auf das Sterilisierungsgesetz ist die Abgrenzung symptomatischer von genuiner Epilepsie besonders wichtig. Diese kann mitunter recht schwierig sein. So berichtet *M.* über einen Patienten, der jahrelang als genuiner Epileptiker ging, bei dessen Frau deshalb vor Jahren von anderer Seite — vorwiegend aus eugenischen Gründen! — eine Schwangerschaftsunterbrechung vorgenommen wurde, und der sich dann später als symptomatische Epilepsie bei Parietallappentumor erwies. M. zeigt dann an einigen Beispielen, wie wertvoll das einfache Röntgenbild des Schädels bei der Frage symptomatische oder genuine Epilepsie sein kann.

1. 21jähriger Mann. Seit 1/2 Jahr generalisierte epileptische Anfälle. Neurologisch o. B. Leichte artikulatorische Sprachunsicherheit, die als angeborener Sprachfehler angesehen wird. Klinische Diagnose: genuine Epilepsie. Kraniogramm: Druckschädel, verkalkte Epiphyse nach rechts verschoben. Links hinter der Kranznaht unscharf begrenzte Aufhellung, wahrscheinlich Arrosion durch Parietallappentumor.
2. 38jähriger Mann. Seit 13 (!) Jahren epileptische Anfälle. Immer als genuiner Epileptiker behandelt, woran anfangs auch in der Klinik die psychische Verlangsamung denken ließ. Später beginnende Stauungspapille. Kraniogramm: Arrosion im linken Scheitelbein, ähnlich wie in Fall 1. Operation bestätigte ein Gliom, das die Schädelkalotte an dieser Stelle arrodiert hatte.
3. 8jähriger Junge mit generalisierten Anfällen. Diagnose: genuine Epilepsie. Im Röntgenbild des Schädels verkalkte, geschlängelte Partien in der Okzipitalgegend, wahrscheinlich Angioma racemosum.

4. 12jähriger Junge. Seit $^1/_2$ Jahr generalisierte epileptische Anfälle. Neurologisch o. B. Klinische Diagnose: genuine Epilepsie. Kraniogramm: Vermehrte Impressiones digit.; in linker Parietalgegend querverlaufende zweiquerfingerbreite Sklerosierung, wahrscheinlich verkalktes Hämatom. Nachträgliche genaue anamnestische Erhebungen ergaben schweren Fall auf den Hinterkopf mit Commotio vor einem Jahr; seitdem Kopfschmerzen. Zuletzt zeigt *M.* das Kraniogramm eines 15jährigen Jungen mit auffallend großen symmetrischen Verkalkungen im Plexus choreideus, die vielleicht auch mit den bestehenden epileptischen Anfällen in Zusammenhang zu bringen sind.

Die Demonstration der betreffenden Röntgenbilder zeigt, daß das einfache und völlig ungefährliche Kraniogramm ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel zur Aufdeckung symptomatischer Epilepsie ist.

Nach Autoref. durch
K. Moser-Königsberg.

---

26. Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München am 18. und 19. Juli 1931.

Vorsitz: *Ast* (Eglfing-Haar), *Bumke*-München.

Schriftführer: *v. Braunmühl* (Eglfing-Haar).

Anwesend: *Ast* (Eglfing-Haar), *Barth*-München, *Baumüller Hilde* (Neufriedenheim-München), *Baumüller* (Neufriedenheim-München), *Berg*-Neustadt-W.N., *Beringer*-Freiburg, *Brandl* (Eglfing-Haar), *v. Braunmühl* (Eglfing-Haar), *Bumke*-München, *Cammerer*-Winnenthal, *Einsle*-Kutzenberg, *Enders*-Ulm, *Engelbrecht*-München, *Faltlhauser*-Kaufbeuren, *Ficht*-Ansbach, *Fischer*-Pfaffenhofen a. d. I., *Flamm*-München, *Flasser*-Starnberg, *Franke*-Erlangen, *v. Freyberg*-München, *Fuchs*-Kaufbeuren, *Gaupp*-Berlin, *Gaupp*-Tübingen, *Giesen*-Kochel, *Grimm*-Erlangen, *Guckel*-Nürnberg, *Gschwändler*-Bad-Aibling, *Hagelüken*-Schussenried, *Hahn*-Kirchheimbolanden, *Hangen*-Goddelau, *Hausladen*-München, *Heene*-Homburg (Saar), *Helm*-Augsburg, *Hermann*-München, *Hofmann*-Werneck, *Hölzl* (Eglfing-Haar), *Hörmann*-Königshofen i. Pr., *Horn* (Eglfing-Haar), *Jaeger*-Altötting, *Jahn*-München, *Jahnel*-München, *Kant*-München, *Kihn*-Erlangen, *Koch*-Schussenried, *Königer*-Freising, *Kopp*-München, *Krauss*-Neuernburg, *Leonhard*-Gabersee, *Luxenburger*-München, *Lutz*-Mühldorf, *Mandel* (Eglfing-Haar), *Maul*-Kaufbeuren, *Mayr*-Günzburg, *Meggendorfer*-Hamburg, *Mikorey*-München, *Motzet*-Memmingen, *Müller*-Erlangen, *Neubürger* (Eglfing-Haar), *Niedenthal*-München, *Oeschey*-München, *Sighart*-Günzburg, *Oppel*-Wasserburg a. Inn, *Oppermann*-München, *Papst* (Eglfing-Haar), *Plaut*-München, *Plüchtle*-München, *v. Rad*-Nürnberg, *Rehm* (Neufriedenheim-München), *Reinhardt*-Erlangen, *Reiss*-Mainkofen, *Resch*-Frankenthal, *Ritter*-Tübingen, *Rösch* (Eglfing-Haar), *Rüdin*-München, *Sighart*-Günzburg, *Simmet*-Laufen, *Simon*-Ansbach, *Spatz*-

München, *Specht*-Erlangen, *Schaudig*-Ebern-Bamberg, *Scheid*-München, *Schmidt*-Klingenmünster, *Schneider*-Lohr-Main, *Schneider*-München, *Schnidtmann* (Eglfing-Haar), *Scholz*-München, *Schwarz*-Bayreuth, *Schwenninger*-Wiesloch, *Stauder*-München, *Steidle*-Augsburg, *Steudel*-München, *Stoeckle*-Lohr-Main, *Stoeger*-München, *Tesdorpf*-München, *Theobald*-Eglfing-Haar, *Utz*-Gabersee, *Viernstein*-München, *Vierzigmann*-Regensburg, *Vogler*-München, *Voigt*-Bad-Tölz, *Wacker*-München, *Weigand*-Bad-Neustadt, *Weskott*-Weissenau. (103 Teilnehmer.)

1. Sitzung. (28. Juli, vormittags.)

Der Vorsitzende *Ast* (Eglfing-Haar) eröffnet die Versammlung und begrüßt die erschienenen Gäste, als Vertreter des Staatsministeriums des Innern, Herrn Ministerialrat Dr. *Viernstein,* der Regierung von Oberbayern, Herrn Ministerialrat Dr. *Hausladen* und Herrn Oberregierungsrat *von Freyberg,* des oberbayerischen Kreistages, Herrn Kreisrat *Dürr* (Eglfing-Haar). Den Toten des Vereins im Berichtsjahr (Privatdozent Dr. *Blum*-München, und Medizinalrat Dr. *Zierl*-Regensburg) widmet er unter Würdigung ihrer Lebensarbeit warmempfundene Nachrufe. Die Versammlung ehrt das Gedenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

Zum Referat erhält hierauf das Wort: *Stauder* (München): Fragestellungen und Ergebnisse der neueren Epilepsieforschung. (Erscheint ausführlich im Arch. f. Psychiatr., Bd. 102, H. 4.)

Aussprache: *H. Spatz* (München). Wie ist es bei den vermutlichen Zusammenhängen zwischen funktionellen Gefäßstörungen und Arteriosklerose zu erklären, daß bei der Epilepsie Arteriosklerose keineswegs besonders gehäuft vorzukommen scheint?

Scheid: Auch wir konnten an einer Anzahl von Epileptikern Veränderungen des Elektrokardiogramms feststellen, die für eine Schädigung der Coronargefäße sprechen.

Specht: (Diskussionsbemerkung nicht eingelaufen).

Schlußwort: *Stauder.* Die Frage von Herrn Professor *Spatz* vermag ich leider nicht zu beantworten. Es ist mir nichts darüber bekannt, ob die Prozentzahlen der Hirnarteriosklerosen bei Epileptikern von denen der Durchschnittsbevölkerung abweichen. Sollten sie seltener sein, so mag das allenfalls daran liegen, daß die Epileptiker ja meist schon in den mittleren Lebensjahren starben, jedenfalls nur selten das Prädilektionsalter der Arteriosklerose erreichen. — Zur Anfrage *Specht:* Meine Untersuchungsergebnisse (Vestibular- und Gesichtsfeldbefunde) sind an einem besonderen, ausgesuchten Epileptiker-Material gewonnen. Es handelt sich dabei um solche Kranke, die das Nahen ihrer Anfälle schon Stunden voraus verspüren; sie kommen dann jeweils kurz vor den Anfällen zu den Untersuchungen in die Klinik. Ich habe die Kranken angeleitet, die Prodromolsymptome ihrer Anfälle genauestens zu beobachten, so daß sie auch zu den therapeutischen Versuchen regelmäßig und immer rechtzeitig erscheinen. Es handelt sich also um, wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf, eigens für diese Versuche »dressierte« Epileptiker.

2. Sitzung. (28. Juli, nachmittags.)

Es folgt als erster Vortrag: *Kopp* (München): Liquorbefunde bei endogenen Psychosen und ihre differentialdiagnostische Bedeutung.

Es wird das Untersuchungsergebnis von 216 Liquoruntersuchungen männlicher und weiblicher Schizophrener und von 17 zyklothymen Psychosen mitgeteilt und auf seine differentialdiagnostische Bedeutung geprüft an Hand von Vergleichen mit den Liquorbefunden bei 104 Arteriosklerotikern, 13 Präsenilen, 81 Epileptikern, 6 Fällen von chronischem Alkoholismus, 72 Psychopathen und 22 Debilen. Fast die Hälfte der untersuchten Liquore schizophrener Geisteskranker war völlig normal. In 61 Fällen fanden sich Gesamteiweißvermehrung, teilweise mit gleichzeitiger Globulinvermehrung, Kolloidausflockung und Cholesterinerhöhung, in der Mehrzahl bei älteren Krankheitsstadien ohne erkennbare Beziehung zu Krankheitsform, Lebensalter und Geschlecht. Das Gesamteiweiß betrug höchstens 100 mg %, das Cholesterin höchstens 0,7 mg %. Alle 19 Fälle mit Zellvermehrung befanden sich zur Zeit der Untersuchung in einem akuten Krankheitsstadium, ihre überwiegende Mehrzahl im ersten schizophrenen Schub. Katatone waren unter ihnen auffallend zahlreich vertreten. Einmal bestand bei diesen Fällen eine Paralysekurve. Die Zellvermehrung betrug höchstens $^{80}/_{3}$, sie stand nicht in eindeutiger Beziehung zum Grade der Erregung. Lebensalter und Geschlecht erschienen ohne Einfluß auf die Liquorveränderungen. Bei wiederholten Liquoruntersuchungen fanden sich recht verschiedene Werte. In 50% der Fälle bestand eine Parallelität, fast ebenso häufig eine Diskrepanz, sehr viel seltener keine Beziehung zwischen den Veränderungen im Liquor und denen im klinischen Bild. Die Befunde sprechen dafür, daß es eine einheitliche körperliche Grundlage der Schizophrenie nicht gibt, daß das schizophrene Syndrom ein psychologisches ist, dem ganz verschiedene Veränderungen zugrunde liegen können. — Von den 17 zyklothymen Psychosen hatten 10 psychopathologisch absolut eindeutige Fälle normale Liquorverhältnisse. Die übrigen 7 waren klinisch sämtlich etwas atypisch. Sie zeigten teilweise Erhöhungen des Gesamteiweißes, gelegentlich eine Globulinvermehrung, einmal eine Zellvermehrung. Aus den Befunden ergibt sich, daß wahrscheinlich bei psychopathologisch ganz eindeutigen depressiven, bzw. manischen Zyklothymen, Liquorveränderungen nicht vorliegen. — Bei Gehirnarteriosklerose, präsenilen Verblödungen, chronischem Alkoholismus waren Liquorveränderungen im Sinne von Eiweißerhöhung, Globulinvermehrung, Kolloidausflockung und Zellvermehrung sehr häufig zu finden. Psychopathen und Debile zeigten ganz normale Liquoren. Daraus ergibt sich, daß beim Fehlen von allen Anhaltspunkten für das Bestehen einer Erkrankung des ZNS., einer Gehirnarteriosklerose, einer Lues und eines Alkoholismus bei blutfreiem Liquor Veränderungen der aufgezählten Art für das Vorliegen einer schizophrenen Psychose sprechen. Der umgekehrte Schluß ist nicht möglich. Bei dem starken Wechsel der Liquorbefunde, insbesondere des Gesamteiweißgehaltes bei Schizophrenen genügt ein einziger negativer Befund zur Beurteilung nicht. In solchen Fällen sind wiederholte Punktionen unerläßlich.

K. F. Scheid (München): Über die Physiologie und Pathologie der Elektrolytverteilung zwischen Blut und Liquor.

Es ergab sich, daß das Ultrafiltrat des arteriellen Plasmas mit dem Liquor im Gleichgewicht steht. Das arterielle Blut wurde unter Luftab-

schluß entnommen, um eine Elektrolytverschiebung zwischen roten Blutkörperchen und Plasma zu verhindern. Die Verteilung der Chloride und des Kalziums zwischen Ultrafiltrat und des arteriellen Plasmas und des Liquors wird gesetzmäßig von der *Donnan*schen Regel beherrscht. Eine Einführung vitaler Faktoren scheint nicht notwendig zu sein. Allerdings herrscht zwischen beiden Flüssigkeiten nicht immer ein Gleichgewichtszustand. Physiologische Störungen der Elektrolytverteilung kommen z. B. bei der Magensaftproduktion vor, bei der die Chloride im Liquor später absinken als im Blut, so daß während der Zeit der Gleichgewichtsstörung (Trägheitszeit) abnorme Verteilungsöffizienten zu finden sind. Eine weitere physiologische Störung kann entstehen durch Anhäufung von nicht permeablen Anionen im Blut, wie etwa Milchsäureanionen. Es muß dann der *Donnan*sche Effekt größer werden, d. h. der Verteilungsquotient sinkt. Pathologische Störungen der Elektrolytkonzentration im Blut und im Liquor scheinen vor allem bei erregten Psychosen (symptomatischen und endogenen) vorzukommen. Es können zwei Typen von Erscheinungen unterschieden werden, nämlich die Parallelverschiebung von Ionen, bei der der Verteilungsquotient der gleiche bleibt; und eine divergente Verschiebung, bei der es zu einem abnormen Verteilungsquotienten kommt. Dieser letztere Befund konnte an einer dämmerzustandsartigen Episode einer Schizophrenen erhoben werden, und scheint ein für bestimmte erregte Psychosen charakteristisches Begleitsyndrom zu sein.

Aussprache: *H. Spatz* (München): *Spatz* weist darauf hin, daß er das entgegengesetzte Verhalten der sauren und basischen Farbstoffe gegenüber der Blut-Gehirn- und der Blut-Liquor-Schranke durch die verschiedenen Verhältnisse des Donnan-Gleichgewichtes zu erklären versucht hat. Auch hier würden dann nicht Verschiedenheiten der Schranke zugrunde liegen, sondern Verschiedenheiten im Milieu zu beiden Seiten der Schranke. Wichtig ist es, daß man sich darüber im klaren ist, daß alle Feststellungen über das Vorkommen von Substanzen im Liquor noch gar nichts besagen über das Vorkommen dieser Substanzen im Gehirn. (Im Gegensatz zu den Annahmen von *Lina Stern.*)

Barth (München): Bedeutung der Liquorveränderungen für Gehirntumor-Diagnostik.

Es wird versucht an Hand von 60 Liquorbefunden bei Gehirntumoren, die autoptisch geklärt werden konnten, einige Gesichtspunkte für die praktische Diagnostik abzuleiten. Es wurden nur die allgemein üblichen Untersuchungsmethoden angewandt (Zellzählung, Globulinreaktion nach *Nonne*, Gesamteiweißbestimmung nach *Kuster*, Normomastix- und Goldsolreaktion, Wassermannsche und Sachs-Georgische Reaktion).

Von den 60 untersuchten Fällen ergaben 9 vollkommen normalen Liquorbefund. 7 von diesen 9 Normalbefunden betreffen Ventrikelliquoren. Bei einigen gleichzeitig noch lumbal punktierten Fällen ergaben die Lumballiquoren trotz normaler Ventrikelbefunde deutlich pathologische Ausfälle. Die Differenz zwischen Lumbal- und Ventrikel-Liquor ist bekannt, doch erscheint nach den untersuchten Fällen die Differenzspanne bei den Tumoren eine besonders große zu sein.

Die Ergebnisse schwanken im übrigen innerhalb weiter Grenzen. Die Zellzahl ist in der überwiegenden Mehrzahl nur wenig erhöht, in einigen jedoch auch auf über $^{50}/_{3}$ im cmm. Die Gesamteiweißmenge liegt regelmäßig über Norm. Erhöhungen über $1^{1}/_{2}$ Promille sind jedoch selten. Die Kolloidreaktionen zeigten die stärkste Ausfällung meist im 4.—5. Glas. Mittelstarke Grade der Ausfällung waren die Regel, stärkste Grade kamen selten vor.

Bestimmte Liquorsyndrome für einzelne Tumorarten nach Sitz, Gewebsart und Verlauf konnten nicht gefunden werden.

An Regelmäßigkeiten, welche für die Diagnose Tumor überhaupt verwertbar erscheinen, wurde folgendes gefunden:

Es besteht eine gewisse Übereinstimmung zwischen Höhe des Gesamteiweißwertes und der Stärke der Ausfällung bei den Kolloidreaktionen. Befunde mit nur geringer Erhöhung des Gesamteiweißwertes bei tiefer Goldsol- und Normomastixkurve, wie sie bei multipler Sklerose nicht selten sind, wurden nicht angetroffen. Ebenso stand auch die Erhöhung der Zellzahl immer in einem gewissen Verhältnis zur Höhe der Gesamteiweißmenge. Isolierte stärkere Zellvermehrung wurde in keinem Fall gefunden, würde unserer Erfahrung nach also gegen Tumor sprechen.

Bei Betrachtung der Beziehungen zwischen Eiweißvermehrung und Hirndruckerscheinungen (insbesondere Stauungspapille) zeigte sich, daß sich im allgemeinen bei starker Eiweißvermehrung auch klinische Drucksymptome finden. Bemerkenswert ist die Verteilung einiger Ausnahmefälle auf das Gesamtmaterial, insofern als sie sich nur in der Reihe der bösartigen Tumoren (Gliosarkome und Sarkome) finden. Hier ergab sich mehrmals die Kombination von hohem Gesamteiweißwert mit fehlenden Drucksymptomen. Es wäre vielleicht denkbar, daß bösartige Tumoren durch Gewebsabbau den Eiweißgehalt des Liquors erhöhen, noch bevor sie durch ihre Ausdehnung und Größe allgemeine Druckerscheinungen herbeiführen.

Die *Wassermann*sche und *Sachs-Georgi*sche Reaktion war in drei Fällen, bei welchen anamnestisch eine luische Infektion sichergestellt werden konnte, im Liquor und aber auch im Blut positiv. In allen übrigen Fällen war sie negativ. Die in der Literatur mehrfach vertretene Ansicht, daß unspezifische Lipoidreaktionen bei Hirntumoren ein häufiges Vorkommnis seien, kann also nach unserem Material nicht bestätigt werden.

Aussprache: *Heene* (Homburg-Saar): berichtet, daß er in letzter Zeit bei zwei Tumorfällen sowohl im Lumbal- als auch im Zysternenliquor atypische und typische Paralysekurven beobachtet habe (sowohl Goldsol wie Normo-Mastix) bei negativem Blut- und Liquor-WaR., und Fehlen von anamnestischen und klinischen neuroluetischen Syndromen. Anbei wurde in beiden Fällen neben dem autopischen Tumorbefund eine starke Gehirnschwellung beobachtet. Ein Fall bekam acht Tage nach Abschluß einer Röntgenbestrahlung einen starken zerebralen Reizzustand mit Krämpfen und Gehirndruck. Bei diesem war das Resultat im obigen Sinne besonders deutlich.

Schlußwort: *Barth* zu *Heene:* Kolloidkurven von Paralysetypus werden vereinzelt gefunden, jedoch immer kombiniert mit außerordentlich hohen Gesamteiweißwerten.

Leonhard (Gabersee): Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose der halluzinatorisch-paranoiden Psychosen nach Encephalitis epidemica.

Die Halluzinationen bei der metenzephalitischen Psychose stellen etwas Eigenes dar, sind vor allem von schizophrenen Trugwahrnehmungen prinzipiell verschieden. Großenteils handelt es sich um szenenhafte Erlebnisse, in denen das optische Element eine überwiegende Rolle spielt. Sie stehen in auffälligem Zusammenhang mit der Zeit vor dem Einschlafen und nach dem Erwachen. Auch sonst bestehen Parallelen zu normalen Traumerscheinungen. Gegenüber den Träumen zeichnen sich die Trugwahrnehmungen der Metenzephalitiker jedoch einmal durch ihre viel größere sinnliche Deutlichkeit aus, ferner dadurch, daß sie beim wachen Bewußtsein erlebt werden. — Die Kritik der Kranken ihren Erscheinungen gegenüber ist weitgehend erhalten. — An alkoholdelirante Trugwahrnehmungen erinnert die Tatsache, daß bei den Kranken bildhafte Erlebnisse oft suggestiv hervorgerufen werden können. — Wahnvorstellungen treten gegenüber den Halluzinationen zurück; sie erweisen sich bei näherem Zusehen wenig fixiert. — Die Denkstörung besteht im wesentlichen in einer erschwerten Fixierarbeit und einer Konzentrationserschwerung. — Die metenzephalitische Psychose muß von der Schizophrenie prinzipiell getrennt werden, ihre Symptomatologie ist eine ganz andere, wenn man sich die Einzelerscheinungen näher ansieht. Aber auch von den exogenen Reaktionsformen muß die Psychose geschieden werden. Das zeigt vor allem ihr chronischer Verlauf, der darauf hindeutet, daß die metenzephalitische Psychose bereits als Defektkrankheit aufzufassen ist.

Aussprache: *Stauder* (München): Fragt an, mit welchen Mitteln die eidetische Anlage dieser Enzephalitiker untersucht worden sei. Er verweist auf die recht brauchbaren Ergebnisse der *Rohrschach*schen Psychodiagnostik. Mit diesen Tests lasse sich die besondere Fähigkeit zur Visualisierung oft recht gut erfassen, selbst dann, wenn eine eidetische Anlage sonst nicht sicherzustellen sei. Das habe sich insbesondere bei solchen Epileptikern nachweisen lassen, die in kurzdauernden Absenzen optische Sinnestäuschungen haben.

v. Braunmühl (Eglfing-Haar): Die anatomischen Untersuchungen sprechen nicht dafür, psychotische Zustände nach Encephalitis epidemica mit schizophrenen Psychosen in eine Reihe zu stellen. — Neuerliche Befunde von *Hallervorden* bei Postenzephalitikern — *Alzheimer*sche Fibrillenveränderungen und argentophile Kugeln — stellen den entzündlichen Hirnprozeß der epidemischen Enzephalitis in seinem Folgezustand insoferne den involutiven Hirnveränderungen näher als auch dort gefundene argentophile Strukturen aus synaeretischen Gewebsmechanismen zu erklären sind. — Diese synaeretischen Vorgänge am kolloidalen System des Gehirns erstrecken sich über viel weitere Bezirke, als es uns die akut entzündlichen Phänomene ahnen lassen. Manche besonderen klinischen Symptome mögen in ihrer Lokalisation andere Wertung finden.

Mikorey (München): Über koisches und knidisches Denken in der klinischen Psychiatrie.

Der Vortragende entwirft zunächst in einer historischen Skizze das geistige Idealbild des koischen und knidischen Arztes. Der knidische Arzt

faßt den Organismus als eine kunstvolle Maschine auf, die in der Krankheit passiv den störenden Ursachen nachgibt und ihnen erliegt.

Für den koischen, hippokratischen Arzt dagegen hat die Krankheit ein Doppelgesicht. Die Symptome einer Krankheit stellen nicht eine einzige »massa perditionis« dar. Hinter gewissen Symptomen, die zunächst auch als passiv erduldet imponieren, verbergen sich Heilkräfte der Natur, der Physis. Es wird ein kurzer Überblick über solche »getarnten« Abwehr-Mechanismen auf dem Gebiet der Chirurgie und der inneren Medizin gegeben. (Fieber, Entzündung usw.).

Dann wird das Problem aufgeworfen, ob nicht auch im Gebiet der Psychiatrie hinter gewissen Symptomen-Komplexen eigenartige Abwehrmechanismen verborgen sind, die man bis jetzt in ihrer Bedeutung verkannt hat.

Für das knidische Denken ist der epileptische Anfall eine unmittelbare Auswirkung der epileptischen Krankheitsursache. Ganz anders erscheint der Sachverhalt aus der koischen Perspektive. Hier wird der Anfall von einem Übergriff der Ursache zu einem Kunstgriff der Natur gegen die Ursache. *(Galen, Boerhaave, Stahl, van Helmont, Muskens.)*

Man nahm bis jetzt meistens an, die epiliptische Verblödung sei eine Folge gehäufter Anfälle. In Wirklichkeit läßt aber die klinische Erfahrung ebenso gut die umgekehrte Behauptung zu, daß nämlich die Verblödung eine Folge ungenügender Anfallstechnik des Organismus sei. Viele Epileptiker verblöden ja in der Tat trotz häufiger Anfälle erst spät oder nie, andere wieder verblöden, trotzdem nur ganz vereinzelte große Anfälle auftraten.

Nur im Idealfall besteht ein Gleichgewicht zwischen Anfällen und epileptischer Noxe. In einer anderen Gruppe von Fällen schießt die Natur gleichsam übers Ziel und erzeugt zuviel Anfälle. Hier muß der Arzt dämpfen! In einer anderen Gruppe dagegen bringt der Organismus die notwendigen Anfälle nicht zustande. Es ist eine alte klinische Erfahrung, daß gerade solche Fälle mit gehäuften abortiven Anfällen eine schlechte Prognose haben. (*Turner, Binswanger, Stern* usw.) Aber nicht etwa die kleinen Anfälle an sich wirken schädlich, sondern lediglich das Fehlen der erforderlichen großen Anfälle ist in solchen Fällen verhängnisvoll. Vielleicht wird man einmal versuchen, solche torpiden epileptischen Verläufe durch Erzwingen von großen Anfällen günstig zu beeinflussen! Es liegt also hier bei der Epilepsie ein eigentümliches Indikations-Problem vor.

Eine ähnliche Betrachtung wird nun auch für den Formenkreis der manisch-depressiven Erkrankungen durchgeführt. Die klassische Hemmung der Depression ist nicht von der unbekannten Noxe erzwungen, sondern stellt vielmehr eine aktiv vom Organismus vorgenommene biologische Umstellung dar. In diesem Zustand der Hemmung kann die Ursache sich am wenigsten schädlich auswirken. Daher die gute Prognose der »gut«gehemmten, wohlgeformten Depressionen. Im Alter versagt der Hemmungsmechanismus, da alle Abwehr- und Heilungsmechanismen darniederliegen. (Wundheilung, Entzündung usw.) Daher werden im Alter Depressionen leicht formlos; sie zeigen dann erst ihr wahres Gesicht, da die Hemmung die direkte Auswirkung der Noxe nicht mehr in Schach hält. So entstehen die »agitierten« Depressionen mit schlechter Prognose.

Auch die manisch-depressiven Mischzustände müssen nach dieser Auffassung eine schlechtere Prognose haben, da sie ein widerspruchsvolles Durcheinander der Abwehrtaktik anzeigen. Je reiner und tiefer die Hemmung, desto besser im allgemeinen die Prognose!

Zuletzt wird dieselbe Betrachtung für den schizophrenen Formenkreis zur Diskussion gestellt. Es wird die Vermutung ausgesprochen, daß hinter dem katatonen Stupor und der katatonen Erregung biologische Abwehrmechanismen verborgen sind, während die Wahnbildungen, Denkstörungen und Sinnestäuschungen demgegenüber das passive Syndrom, also die unmittelbare Auswirkung der schizophrenen Krankheitsursache darstellen. Daher die schlechte Prognose der torpiden hebephrenen Verläufe mit ihrem allmähligen Versanden, während die monumentalsten katatonen Episoden fast spurlos vorübergehen können. Als therapeutische Konsequenz dieser »hippokratischen« Schizophrenie-Theorie ergibt sich der Plan, die katatonen Abwehrkräfte in die Hand zu bekommen und ihre natürlichen Indikationen festzustellen. So wird es vielleicht einmal gelingen, durch die Katatonie das Schicksal der torpiden Verläufe aufzuhalten, und diese furchtbare Krankheit mit ihren eigenen Waffen zu schlagen.

Das ist in großen Zügen das Programm einer »hippokratischen« Psychiatrie. Die großen Psychosen werden gedeutet als ein dynamisches Gegeneinander passiver und aktiver Symptomengruppen. Von der nosologischen Proportion dieses Gegeneinander hängt das Gesetz ihrer Verlaufsformen ab. Unsere Aufgabe wird es sein, die Abwehrmechanismen aus dem Gewühl der Symptomenkomplexe herauszuheben und in die Hand zu bekommen. Wir werden lernen müssen, die geheimen Heilkräfte des epileptischen Anfalls, der Katatonie und der manisch-depressiven Umstellungen therapeutisch zu verwerten. Unser Ziel ist, die torpiden Verlaufsformen der großen Psychosen in sthenische zu verwandeln. Wir wollen versuchen, die endogene Psychose mit ihren eigenen Waffen zu schlagen, indem wir ihre Aktivsyndrome künstlich vervollkommnen. So hat ärztlicher Scharfblick ja auch den früher als Komplikation so gefürchteten Pneumothorax zu einer mächtigen Waffe gegen die Lungentuberkulose geschmiedet. Wenn wir torpide Verläufe erst einmal flott und akut machen können, werden wir Krankheiten heilen sehen, die heute als unheilbar gelten.

Selbstverständlich soll dieses Streben nach einer »biologischen« Therapie der großen endogenen Psychosen keineswegs etwa das Suchen nach einer kausalen Therapie verdrängen oder ersetzen, sondern nur ergänzen. Auch wenn sich dann einmal herausstellen sollte, daß eine kausale Therapie dieser Psychosen nicht möglich ist, so kann man immer noch hoffen auf diesem zweiten Weg — sozusagen an den Ursachen vorbei — therapeutische Erfolge zu erzielen.

Aussprache: *Bumke* (München): *Bumke* stellt zunächst richtig, daß die Kinder, die keine epileptischen Anfälle, aber viel Absenzen haben (gehäufte kleine Anfälle der Kinder), gewöhnlich nicht verblöden, sondern intelligent sind und bleiben; sie werden bekanntlich meistens gesund. Dann betont *Bumke*, daß die teleologische Betrachtungsweise in der Medizin schon üblich war, als er in den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts studierte. Schon damals sah man z. B. im Fieber eine Abwehrmaßnahme des Körpers. Diese Be-

trachtungsweise ist seitdem auch wohl niemals verlassen worden. Bakteriologie und Klinik rechnen mit Immunstoffen, die sich als Gegenwirkung gegen Krankheitserreger und ihre Toxine bilden, die Chirurgie hat die *Bier*sche Stauung eingeführt usw. Freilich, daß man deshalb eine wild gewordene Appendix sich selbst überläßt oder sie gar noch wilder zu machen versucht, das habe ich niemals gehört. Will man aber die Abwehrmaßnahmen des Organismus unterstützen, so wird man gut tun, die richtige Stelle und den richtigen Zeitpunkt zu wählen. Wir haben heute durch *Stauder* wieder gehört, daß der epileptische Anfall oder richtiger, daß die Gefäßspasmen, die ihn auslösen, Zellnekrosen nicht bloß im Ammonshorn und im Kleinhirn, sondern auch in der übrigen Rinde hinterlassen. Diese Zellausfälle werden doch wahrscheinlich für die epileptische Wesensveränderung und Verblödung nicht gleichgültig sein; wollte man also auf den Rat des Herrn *Mikorey* in Zukunft bei Epileptikern Anfälle auch noch künstlich erzeugen, so würden sie kaum weniger, sondern vermutlich stärker und schneller verblöden. Mit anderen Worten: Wollen wir die Abwehrkräfte der Natur hier unterstützen, so werden wir etwas früher anfangen und in der Pathogenese weiter zurück gehen müssen. Wissen wir über diese Pathogenese einmal wirklich Bescheid, so wird sich ihre Entwicklung vielleicht abstoppen lassen, ehe es zu diesen Gefäßspasmen kommt. Wir werden also zunächst wohl noch recht viel arbeiten und lernen müssen.

Soviel über die Epilepsie. Bei den schizophrenen und thymopathischen Erkrankungen lassen sich Hypothesen natürlich ebenso leicht aufstellen wie schwer widerlegen; wir wissen ja über die eigentliche — körperliche — Pathogenese dieser Krankheiten beinahe noch nichts. Gerade deshalb möchte ich dem fernen Beobachter auf dem fremden Planeten raten, seiner Phantasie einstweilen doch ein wenig Zügel anzulegen. Ich übernehme ein von ihm selbst gebrauchtes Bild: Wenn Glatteis entsteht, setzen wirklich viele Menschen vorsichtig einen Fuß vor den andern; sie wissen nämlich, daß, wer es nicht tut, verdammt ausrutschen kann.

Specht (Erlangen): **Über die Ehenichtigkeit nach dem Bürgerlichen und dem Kanonischen Recht.**

Der Vortragende macht darauf aufmerksam, daß auf dem Gebiet der Ehenichtigkeit der Unterschied zwischen dem Bürgerlichen und dem Kanonischen Recht nicht ohne praktische Bedeutung ist. Die Rechtsfolgen der Nichtigkeit nach § 1325 und 1333 bzw. 1334 B.G.B. sind sich im bürgerlichen Recht vollkommen gleich. Nicht so nach dem kanonischen Recht. Der Codex juris canonici unterscheidet das »matrimonium ratum« von dem »matrimonium ratum et consummatum«. »Matrimonium ratum« ist die gültige Ehe der Getauften, also die sakramentale Ehe, solange sie nicht durch Konsummation vollendet ist. »Matrimonium ratum et consummatum« ist die konsummierte Ehe. Konsummiert wird eine Ehe durch die »prima copula carnalis ad generationem apta«. Früher, auch noch so lange Zeit gepflogener Geschlechtsumgang zwischen den späteren Eheleuten ist für den Begriff der Konsummation bedeutungslos.

Eine bereits durch »copula carnalis« vollzogene Ehe (matr. et cons.) ist, solange die Ehegatten leben, dem Bande nach unauflöslich; auch der Papst ist zu einer Scheidung außerstande.

Die praktische Auswirkung dieser kanonischen Bestimmungen gestalten sich in den Fällen nach § 1325 und 1333 bzw. 1334 B.G.B. bei katholischen oder in katholisch-evangelischer Mischehe lebenden Ehen folgendermaßen:

Eine nach § 1333 oder 1334 für nichtig erklärte Ehe dauert, solange die Ehegatten leben, für die katholische Ehe noch fort. Der gesunde katholische Ehegatte kann demnach keine neue sakramentale Ehe eingehen. Dagegen ist auch nach kanonischem Recht eine Ehe ungültig, wenn einer der Ehegatten im Sinne des § 1325 zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war oder sich im Zustand der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befand. Bei solcher Sachlage wird auch von der katholischen Kirche die Nichtigkeit der Ehe anerkannt »propter defectum consensus«. Es hat wohl in den meisten dieser Fälle eine »copula carnalis« stattgefunden, allein es fehlte dabei die erforderliche Willensgemeinschaft.

An Hand von einigen Beispielen wurde die praktische Bedeutung dieser kanonischen Gesetzlage näher ausgeführt.

(Der Vortrag erscheint ausführlicher im Nervenarzt.)

Aussprache: *Bumke* (München): *Bumke* hat wiederholt ähnliche Fälle gesehen und gelegentlich dabei eine sehr weitherzige Anwendung der kanonischen Bestimmungen erlebt. So ist eine Ehe annulliert worden, weil *Bumke* bezeugen konnte, daß das junge Mädchen, das sie eingegangen war, damals geistig noch ganz unreif und außerstande gewesen war, sich über die Bedeutung dieses Schrittes klar zu werden; eine andere, weil der Verlobte schon vor der Ehe wiederholt erklärt hatte: treu sein könne er nicht; daraufhin ist auch bei ihm angenommen worden, daß der Wille zu einer wirklichen christlichen Ehe gefehlt habe.

Beringer (Freiburg): Diskussionsbemerkung nicht eingelaufen.

Juda (München): Über Anzahl und psychische Beschaffenheit der Nachkommen von Schwachsinnigen. (Vorgetragen von *Schulz* [München].)

Die durchschnittliche Fruchtbarkeit der Schwachsinnigen — es handelt sich bei diesen schwachsinnigen Ausgangsfällen um Personen, die innerhalb der ersten fünf Schuljahre mindestens zweimal hatten repetieren müssen — zeigten sich nur unerheblich höher als die der Vergleichsmaterials-Personen, die aus den gleichen Volksschulklassen und Jahrgängen stammen und innerhalb der ersten fünf Schuljahre gar nicht hatten repetieren müssen. Auf einen Repetenten kamen durchschnittlich 3,9 Kinder (Bruttofruchtbarkeit), bzw. ohne die vor dem fünften Lebensjahr Verstorbenen (Nettofruchtbarkeit), 2,5 Kinder.

Auch die durchschnittliche Größe der Geschwisterreihen beider Probanden-Gruppen ist nicht sehr verschieden; sie beträgt 5,4 bei den Repententen und 5,0 beim Vergleichsmaterial. Die Kleinheit dieses Unterschiedes ist wohl in der Hauptsache darauf zurückzuführen, daß es sich um ein zeitlich weit zurückliegendes Material handelt. Geschwisterreihen von nach 1904 geborenen Hilfsschülern zeigten nämlich eine Durchschnittsgröße von 4,6, die Geschwisterreihen entsprechend alter Normalschüler nur eine solche von 2,6. Dennoch wird man die Kleinheit des Unterschieds in bezug auf die durch-

schnittliche Kinderzahl der beiden Gruppen nicht ohne weiteres ebenfalls damit erklären können, daß es sich um ein einer zurückliegenden Zeit angehörendes Material handelt, denn auch die Fruchtbarkeit in bezug auf Enkel zeigt nur geringe Unterschiede. Nettofruchtbarkeit eines Repetenten 1,3, eines Normalschülers 1,1. (Wenn auch die Fruchtbarkeit in bezug auf Enkel noch nicht abgeschlossen ist, dürfte doch ein Vergleich der beiden Ziffern untereinander erlaubt sein.)

Die Schwachsinnshäufigkeit unter den Kindern der Repetenten beträgt insgesamt 28% (wobei sich jedoch, innerhalb dieser Zahl, je nach der Beschaffenheit der beiden Eltern Unterschiede von 11% bis 61% ergeben), wenn man nur die Schwachsinnsgrade bis zur Debilität berücksichtigt und von den nur Schwachbegabten absieht, 16%; unter den Kindern des Vergleichsmaterials lauten die Ziffern 6% bzw. 2%. Die entsprechenden Ziffern lauten 18% bzw. 10% bei den Enkeln der Repetenten und 6% bzw. 1,5% bei den Enkeln der Vergleichs-Probanden. Über weitere Einzelheiten wird in einer demnächst in der Z. Neur. erscheinenden Arbeit berichtet.

Faltlhauser (Kaufbeuren): Die den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten in ihrem Außendienste erwachsenden Aufgaben im neuen Staate.

(Erscheint ausführlich in d. Z. f. psychische Hygiene.)

Aussprache: *Ast* (Eglfing-Haar): Da sich niemand zum Wort meldet, offenbar weil der Vortragende den Stoff erschöpfend behandelt und allgemeine Zustimmung gefunden hat, bleibt nichts anderes übrig als seine Ausführungen zu unterstreichen und vor einem Abbau der o. F. dringend zu warnen. Wir würden uns der besten und billigsten Mittel zur diagnostischen und klinischen Erfassung der außerhalb der Anstalt befindlichen Erbkranken begeben und damit überhaupt eine Hauptgrundlage erbbiologischer Arbeit einbüßen.

Die Ausführungen *F.*s über die o. F. als Sparmaßnahme könnten vielleicht mißverstanden werden. Gewiß war sie als solche zuerst nicht gedacht, hat sich aber, allerdings unter der Voraussetzung, daß sie nicht dahin überspannt wird, Kranke um jeden Preis oder gar unter Gewährung von Zuschüssen draußen zu halten oder Rekordbesuchsziffern zu erreichen, praktisch als Sparmaßnahme bewährt. Die heutigen Entlassungsziffern sind nur mit Hilfe der o. F. einzuhalten. Die darin liegende Verpflegungskostenersparnis dürfte die Kosten der o. F. überall übersteigen.

Völlig zugestimmt muß *F.* werden in dem, was er über die Ausstattung der künftigen Gesundheitsämter mit Fachpsychiatern sagte. Wollte man im Hinblick darauf die o. F. der Anstalten einstellen, so würde man damit nichts anderes als eine sachlich höchst unzweckmäßige und kostspielige Lastenverschiebung vornehmen.

Anstaltsärzte in genügender Zahl wird man immer an den Anstalten haben müssen. Sie sind infolgedessen die billigsten und zugleich erfahrensten Hilfskräfte für den Amtsarzt, während die letzteren als selbständige Hilfskräfte nur schwierig und um teueres Geld zu haben sein werden. Über diesen Sachverhalt müssen die maßgebenden Stellen möglichst rechtzeitig aufgeklärt werden.

Schulz (München): **Über die Mitarbeit der psychiatrischen Kliniken und Anstalten an der Erbforschung.**

Eine Reihe von erbbiologisch-statistischen Untersuchungen, wie solche an serienmäßig erfaßten Zwillingen oder Nachkommenuntersuchungen bei serienmäßig erfaßten konjugalen Psychosen oder Serienuntersuchungen über die Bedeutung der Doppelbelastung, dürfen für die einzelne Klinik oder Anstalt kaum in Frage kommen. Immerhin wird die einzelne Anstalt oder Klinik wertvolle kasuistische Beiträge zur Zwillingsforschung zur Ausfrage des Ausfalls der Nachkommen von geisteskranken Ehepaaren und zur Frage der Bedeutung der Doppelbelastung liefern können. Erbbiologisch-statistische Forschungen auf den eben genannten Gebieten wird jedoch die einzelne Anstalt oder Klinik in der Regel dadurch fördern können, daß sie ihr Material für statistische Sammelforschungen zur Verfügung stellt, vielleicht auch es für solche sichtet und gruppiert. Wie das geschehen kann, und z. T. schon in uneigennützigster Weise geschehen ist, wird gezeigt. Ferner aber wird eine Reihe von erbbiologisch-statistischen Untersuchungen genannt, die auch an einer einzelnen Anstalt oder Klinik mit der Aussicht, daß sie zu wertvollen Ergebnissen führen, in Angriff genommen werden können.

(Der Vortrag erscheint in der Zeitschrift f. psychische Hygiene.)

Aussprache: *Ast* (Eglfing-Haar): Vorsitzender *Ast* richtet an die Ärzte der Anstalten und Kliniken einen lebhaften Appell, von den Anregungen des Vortragenden einen möglichst intensiven Gebrauch zu machen und damit einmal anzufangen, ob es nun mit den vorhandenen Kräften mehr oder weniger gut gehe. Wenn die maßgebenden Stellen erst einmal sähen, daß etwas geschähe, werden auch ohne Zweifel von ihnen die nötigen Mittel und Personalkräfte bewilligt werden.

3. Sitzung. (29. Juli 1934, vormittags.)

Geschäftliches: *v. Braunmühl* (Eglfing-Haar) erstattet den Kassenbericht für die Jahre 1931/33 und 1933/34. In der ersten Berichtszeit betrugen die Einnahmen 1501.56 M., die Ausgaben 395.13 M. Vermögensbestand in Bargeld 1106.43 M. Pfandbriefe: 100 M. Hypotheken- und Wechselbank, 500 M. Südd. Bodenkreditbank. In der zweiten Berichtszeit: Einnahmen 1501.93 M., Ausgaben 150.12 M. Vermögensbestand in Bargeld 1351.81 M. Pfandbriefbestand wie vorher. — Die Abrechnung wird von *Faltlhauser*-Kaufbeuren geprüft und dem Kassierer Entlastung erteilt.

Zu Ehrenmitgliedern des Vereins wurden einstimmig ernannt: *Kolb*-Starnberg und *Specht*-Erlangen.

Wahl: *Ast* und *Bumke* würden satzungsgemäß aus der Vorstandsschaft ausscheiden. — In Anbetracht der zu erwartenden Regelung im ärztlich-wissenschaftlichen Vereinswesen wird von einer Wahl abgesehen; bis dahin soll auf Vorschlag *Rehm*s die bisherige Vorstandschaft die Geschäfte kommissarisch weiterführen. Auf Vorschlag *Ast*s soll *Luxenburger*-München in die Kommission eintreten. Beide Vorschläge werden von der Versammlung einstimmig angenommen. —

Die Aussprache über das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wird eingeleitet durch einen Vortrag von *Luxenburger*-München.

Über Paranoia und Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vgl. Tabelle.

Diagnose	nosologische Zuordnung	melde-pflichtig?	antrags-pflichtig?	Bemerkungen
Paranoide Schizophrenie Paraphrenie Abortivparanoia Paranoia Halluzinose der Trinker (?) Sensitiver Beziehungswahn (einzelne Fälle)	Schizophrenie	ja	ja	
Querulatorische Manie Paranoide zyklothyme Psychose Atypische Paraphrenie Sensitiver Beziehungswahn (einzelne Fälle)	Manisch-depr. Irresein	ja	ja	
Paranoide Zustände bei Schwachsinnigen	Schwachsinn	ja	ja	wenn Schwachsinn angeboren
Eifersuchtswahn der Trinker Halluzinose der Trinker	Schwerer Alkoholismus	ja	ja	wenn fortpflanzungsfähig!
Paranoide Reaktionen bei Tauben (Schwerhörigen), Blinden (Schwachsichtigen) und Krüppelhaften	Taubheit Blindheit schwere körp. Mißbildung	ja	ja	wenn Grundkrankheit erblich bedingt!
Induzierte Wahnkrankheit	Hysterie Psychopathie	ja	nein	Prüfung auf endogene Bedingtheit!
Paranoide Haftpsychosen	Psychopathie	ja	nein	Prüfung auf endogene Bedingtheit!
Paranoide Psychopathie, Hysterie »milde Paranoia«, sensitiver Beziehungswahn	Psychopathie Hysterie	nein	nein	Prüfung auf Schwachsinn
Querulantenwahn	Psychopathie	nein	nein	Prüfung auf endogene Bedingtheit!
Involutionsparanoia	Rückbildungskrankheiten	ja	nein	
Praesen. Beeintr. Wahn		nein	nein	
Paranoide Kokainpsych.	Intoxitat. Psych.	nein	nein	

Der Vortrag ist ausführlich im »Der Erbarzt« Nr. 3, Jahrgang I (Beilage zum »Deutschen Ärzteblatt« Nr. 33, Jahrgang 64) erschienen.

Über die anschließende lebhafte Diskussion, für die sich Herr Prof. Dr. *Rüdin* freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat, liegt bereits ein ausführlicher Bericht von *Ast* in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift Nr. 41, 1934, S. 501 vor. Es darf darauf Bezug genommen werden.

Nach Eigenberichten.
v. Braunmühl, Eglfing-Haar.

Kleinere Mitteilungen.

Auf Wunsch des Reichsministeriums des Innern sollen die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte und der Deutsche Verein für Psychiatrie zu einer »Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater« vereinigt werden, wobei aber den beiden künftigen Abteilungen dieser Gesellschaft eine gewisse Selbständigkeit gewahrt werden soll. Der Psychiatrischen Abteilung wird der Deutsche Verband für psychische Hygiene und Rassenhygiene eingegliedert, nachdem der Vorstand schon im Mai vorigen Jahres seine Vereinigung mit dem Deutschen Verein für Psychiatrie beschlossen hatte. Es wird ein gemeinsamer Vorstand gebildet, der unter Führung eines »Reichsleiters« stehen soll. Zum Reichsleiter wurde Professor *Rüdin* (München), zu seinem Stellvertreter Professor *Jacobi* (Greifswald) ernannt.

Alljährlich wird die neue Gesellschaft eine gemeinsame Tagung abhalten, für welche je eine neurologische und eine psychiatrische Sondertagung, die aber nicht gleichzeitig stattfinden dürfen, und eine gemeinsame wissenschaftliche Sitzung beider Abteilungen vorgesehen sind.

Die erste Tagung ist für den Spätsommer oder Herbst dieses Jahres in Aussicht genommen. Näheres wird demnächst durch die medizinische Presse noch mitgeteilt. Die für das Jahr 1935 von den beiden Vereinigungen ursprünglich geplanten Sondertagungen in Breslau und Dresden finden nicht statt.

Die diesjährige Tagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater findet in der Zeit vom 28. bis 30. August dieses Jahres in Dresden statt.

Referate sind in Aussicht genommen über folgende Gegenstände:

1. Die Spätlues des Zentralnervensystems einschließlich der Paralyse.
2. Probleme der neurologischen Erbbiologie.
3. Die Frühdiagnose der Erbpsychosen.
4. Die Abgrenzung des krankhaften Schwachsinns gegen die physiologische Beschränktheit.
5. Der Einsatz der Psychiater bei der Durchführung der rassenhygienischen Aufgaben des Staates.

Nähere Auskunft erteilt Dr. *Nitsche* in Pirna, Bezirk Dresden, an welchen auch Vortragsanmeldungen erbeten werden.

Das Kuratorium der Zusatzstiftung zu Zeitler's Studienhaus-Stiftung Berlin hat folgende Preisaufgabe gestellt:

»Es soll an einer größeren Reihenuntersuchung festgestellt werden, ob und in welchen Zahlenverhältnissen sich bei den Deszendenten angeboren

Schwachsinniger Schwachsinn, durchschnittliche und überdurchschnittliche Begabungen finden.«

Als Preis für die beste Lösung dieser Aufgabe wird ein Betrag von 1500 Mark ausgesetzt. Die Arbeit muß in deutscher Sprache abgefaßt und spätestens am 1. Dezember 1935 an das obengenannte Kuratorium, Berlin O 27, Schicklerstr. 5 II, eingesandt werden. Die Arbeit ist mit einem Kennwort zu versehen. Name und Anschrift des Verfassers ist in geschlossenem, mit dem Kennwort versehenen Umschlag beizufügen.

Personalia.

Verstorben: Sanitätsrat Dr. *Paul Quenzel,* Dresden im 76. Lebensjahr.

Professor Dr. *Ludwig Neumayer,* München.

Polizei- und Gerichtsarzt Dr. *Karl Gustav Otto,* Bischofswerda.

Geh. Obermedizinalrat Dr. *Friedrich Schultze,* Bonn.

Oberarzt Dr. *Hartung,* Pfaffenrode b. Mühlhausen.

Sanitätsrat Dr. *Snell,* Wiesbaden, früherer Direktor der Landesanstalt Herborn.

Geh. Sanitätsrat Dr. *Carl Werner,* Görlitz, Direktor i. R.

Geh. Sanitätsrat Dr. *Petersen-Borstel,* Breslau.

Landesrat Dr. *Schlaeger,* Oldenburg.

In den Ruhestand Anstaltsdirektor Prov. Obermedizinalrat Dr. *Maurer,* St. Johannesstift Niedermarsberg.

San.-Rat Dr. *Ernst Beyer,* Roderbirken.

Professor Dr. *E. Schultze*-Göttingen.

Professor Dr. *Schaefer,* Hamburg-Langenhorn.

Professor Dr. *Specht,* Erlangen.

Professor Dr. *Weygandt,* Hamburg-Friedrichsberg.

Ernannt: für Psychiatrie und Neurologie Professor Dr. *Kurt Pohlisch*-Berlin zum Ordinarius für Psychiatrie in Bonn.

Priv.-Dozent Dr. *Berthold Müller*-München zum Ordinarius der gerichtlichen Medizin in Göttingen.

Assistenzarzt Dr. *Henke*-Berlin-Wuhlgarten zum Oberarzt.

Professor Dr. *Krisch,* Stadtobermedizinalrat an der Psychiatrischen Klinik Dresden, zum ordentlichen Mitgliede des sächsischen Landesgesundheitsamtes.

Dr. *Ernst Braun*-Kiel, zum a. o. Professor der Psychiatrie und Neurologie.

Professor Dr. *Friedrich Meggendorfer*-Hamburg zum Professor ord. und Direktor der psychiatrischen Klinik Erlangen.

Prof. Dr. *Walter Jacobi*-Magdeburg zum ordentlichen Professor und Direktor der Psychiatrischen Klinik in Greifswald.

Professor Dr. *Gottfried Ewald*-Erlangen zum Ordinarius für Psychiatrie, Neurologie und zum Direktor der Universitäts- und Poliklinik für psychiatrische Nervenkrankheiten in Göttingen.

Der ordentliche Professor Dr. *Rudolf Hey*-Greifswald wurde zum ord. Professor f. gerichtliche und soziale Medizin und zum Direktor des zugehörigen Instituts in Frankfurt a. M. ernannt.

Prof. Dr. *John Staehelin*-Basel (Psychiatrie) wurde zum Dekan gewählt.

Abt.-Leiter am Rudolf-Heß-Krankenhaus Dresden Dr. med. *Boehm* wurde zum ordentlichen Honorarprofessor für Rassenpflege ernannt.

Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Klaubert*-Arnsdorf wurde zum Leiter des NS.-Schwesternhauses Arnsdorf ernannt.

Professor Dr. *Kurt Schneider*, Direktor des Klinischen Instituts der Deutschen Forschungsanstalt München, der einen Ruf nach Hamburg ablehnte, wurde zum Honorarprofessor für Psychiatrie und Neurologie ernannt.

Professor *J. B. Manser*, Chefarzt der Nervenheilanstalt Oberwil b. Zug (Schweiz) erhielt einen Lehrauftrag für forensische Psychiatrie in der juristischen Fakultät Freiburg (Schweiz).

Oberarzt Priv.-Dozent Dr. *Manz*, psych. und Nervenklinik Marburg, zum nichtbeamteten a. o. Professor.

Privatdozent Dr. *G. Schrader*-Bonn zum a. o. Professor für gerichtliche und soziale Medizin.

Prov. Obermedizinalrat Dr. *Wessing*, Eickelborn zum Direktor der Heilanstalt Marsberg und der Provinzialanstalt St. Johannesstift Niedermarsberg.

Privatdozent Dr. *Gustav Störring*-München hat sich nach Greifswald umhabilitiert.

Versetzt: Assistenzarzt Dr. *Balthasar*-Wuhlgarten als Oberarzt nach der städt. Heil- und Pfleganstalt Herzberge.

Assistenzarzt Dr. *Fabry*, St. Johannesstift Marsberg, nach Eickelborn.

Oberarzt Dr. *Peters*-Berlin-Wittenau nach Berlin-Wuhlgarten.

Oberarzt Dr. *Burdach*-Kortau an die neu eröffnete Anstalt Riesenburg in Ostpreußen versetzt.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG
DRESDEN

OFFIZIELLES ORGAN DES
DEUTSCHEN VEREINS FÜR PSYCHIATRIE
MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDDRITTER BAND
FÜNFTES BIS SECHSTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 17. JULI 1935



BERLIN UND LEIPZIG 1935
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

5./6. Heft.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den neuen Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

(Aus der psychiatr. Abteilung des Zuchthauses Straubing.
Leit. Arzt: Med.-Rat Dr. *Trunk*.)

Defekt geheilte Schizophrene sind zurechnungsunfähig. Schizophrene im Arbeitshaus (§ 42 d RStGB.)

Von

Med. Rat Dr. **Hans Trunk.**

Während früher kaum daran gezweifelt wurde, daß an Schizophrenie erkrankte oder erkrankt gewesene grundsätzlich, gleich in welchem Zustande sie sich zur Zeit der Begehung der Straftat befanden, strafrechtlich nicht verantwortlich zu machen seien, eine Beurteilung, die sich in der gerichtsärztlichen Praxis auch auf solche Rechtsbrecher ausdehnte, bei denen man zur Zeit der Tat eine Geistesstörung nicht nachweisen konnte, die aber in der Zeit bis zur gerichtlichen Entscheidung an Schizophrenie erkrankten, lassen sich in den letzten Jahren immer wieder Meinungen hören, die gewisse Gruppen Schizophrener strafrechtlich für verantwortlich erachten. Ob dabei an die volle Zurechnungsfähigkeit gedacht wird oder an eine verminderte Zurechnungsfähigkeit (§ 51/II RStGB.), ist für unsere Betrachtung zunächst belanglos. Es ist zuzugeben, daß verschiedene neuere Erkenntnisse geeignet waren, die Frage aufzuwerfen. Dazu rechne ich einmal die in den letzten Jahrzehnten besonders lebhafte Beschäftigung der Fachleute mit den Psychopathen aller Schattierungen. Der Vergleich dieser mit den so verschiedenartigen Bildern, wie sie Schizophrene bieten, die den akuten Schub hinter sich haben, führte dazu, bestimmte Erscheinungsbilder für gleich zu erachten, woraus das Bedürfnis erwuchs, so ähnlich erscheinende Kranke auch praktisch gleich zu behandeln. So gibt es zweifellos Psychopathen besonderen Typs, die von defekt geheilten Schizophrenen nur durch die Vorgeschichte unterscheidbar sind. Ich denke hier etwa an einen gemütig etwas stumpfen (das Wort gemütig ist weder eine Wortneubildung noch ein Druckfehler, ich entnehme es dem »Mythos des 20. Jahrhunderts« von Rosenberg, 2. Buch, IV, 5; es scheint mir eine Lücke im Sprachschatz auszufüllen, da das Wort »gemütlich«, wenigstens in Süddeutschland, bereits vergeben ist und das Fremdwort affektiv damit gut ersetzt werden kann) — ich denke also an einen gemütig etwas stumpfen, von Hause aus wenig begabten, vielleicht sogar

leicht debilen, etwas eigenartigen psychopathischen Sonderling und an einen defekt geheilten Schizophrenen von eben dieser Beschaffenheit, der seinen Krankheitsschub seit Jahren hinter sich hat, der aber vor der Psychose durchaus vollwertig war, sowohl »gemütig«, wie seiner Begabung nach. Es ist kein Zufall, daß derartig beschaffene Schizophrene heute in viel größerer Zahl als ehedem bekannt sind und die Aufmerksamkeit auf sich ziehen, da eben erst die vermehrte Beachtung (Kriegsdienst, Fürsorge), diese Kranken in Erscheinung treten ließ. Auf solche Art und auch durch die Durchforschung der freien Bevölkerung unter besonderen Gesichtspunkten (Erbforschung, Kriminalbiologie usw.) wurden viele Defekt-Zustandsbilder bekannt, die nirgends anders als bei der Schizophrenie einzureihen waren. Die zunehmende Zahl erkannter Schizophrener (Durchschnittshäufigkeit der Schizophrenie in der Gesamtbevölkerung etwa 0,8%, also rund 1/2 Million Kranker in Deutschland), von denen nur ein Teil interniert ist, zwang auf einer Reihe von Gebieten zu grundsätzlicher Stellungnahme, etwa bei der Arbeitsfähigkeit, der Geschäftsfähigkeit und auch der Zurechnungsfähigkeit. In früheren Jahren war man zu einer derartigen Stellungnahme sehr viel seltener gezwungen, da die entscheidende Vorgeschichte dieser Kranken sehr häufig nicht bekannt war, auch nicht bekannt sein konnte, da es an den nötigen Beobachtungen fehlte (seltenere Anstaltsaufnahme), zumal die Zugehörigkeit dieser Formen zur »klassischen« Schizophrenie sich eben auch erst in den letzten Jahrzehnten als gesichert herausstellte.

Zu diesem häufigeren in Erscheinungtreten defekt geheilter Schizophrener, zu denen auch noch die »leichten« Schizophrenen, aber nicht die »Heboiden« und die Schizoiden (Psychopathen) sich gesellen, kam nun noch die allerdings nicht sehr große Zahl »voll« oder fast vollremittierter, mit Malariafieber und nach anderen Methoden, behandelter Paralytiker und weiter die wenigen Fälle von »Liquorparalyse«, also wiederum Kranke, die der Beurteilung zurechnungsfähig oder nicht, große Schwierigkeiten bereiteten.

Fast gleichzeitig mit dem Bekanntwerden aller dieser Krankheitszustände begann die »Arbeitstherapie« das Aussehen der psychiatrischen Anstalten zu verändern und zeigte vor allem, daß man berechtigt war, wenigstens im Alltagsleben der Heilanstalt, den Schizophrenen ein ganz anderes Maß von Verantwortlichkeit für ihr Tun und Treiben zuzumessen, als man das vorher gewagt hätte. Über diesen Wandel in den unruhigen Abteilungen der Heilanstalten ist viel berichtet worden. Weniger jedoch über den etwaigen Wandel in den Seelen der Kranken durch die Therapie, während all die Nachweise, daß es tatsächlich rascher gelänge mit

den neuen Methoden die Kranken zu »heilen« oder doch entlassungsreif zu machen, sehr problematisch sind, da gerade in diesen Zeiträumen die Überfüllung der Anstalten, die Kosten für die Allgemeinheit, dazu zwangen weniger großzügig in der Aufnahme und Belassung der Kranken zu sein und im Zusammenhang damit vielerorts zugleich Außenfürsorgen und Familienpflegen eingerichtet wurden, Maßnahmen, die auch schon vor der Zeit der Arbeitstherapie die Entlassung mancher Kranker ermöglicht hätten. Die grundsätzliche Beurteilung der Schizophrenie, vor allem mit Bezug auf Heilungsaussichten, wandelte sich zwar nicht durch die Arbeitstherapie, vor allem nicht in den Augen der Ärzte an Heilanstalten, die viele Endzustände vor sich haben, aber es ging doch von dem neuen Erscheinungsbild der Schizophrenen eine psychologische Wirkung auf die Ärzte aus, die vielleicht größer war, als die Wirkung auf die Kranken. Man sah an Stelle der schicksalhaften Hoffnungslosigkeit wieder die Möglichkeit der Einwirkung, der Änderung dessen, was unabänderlich gewesen zu sein schien, und diesem Eindruck waren wieder mehr die Ärzte zugänglich, die, sei es als Kliniker, sei es als Gerichtsärzte, weniger mit den in der Anstalt nach wie vor verbleibenden oder, falls entlassen, schwer defekten Endzuständen zu tun bekamen, sondern gerade mit den mit geringeren Defekten ausgeheilten.

Alle diese Umstände lassen es erklärlich erscheinen, daß eine Gleichsetzung der mit geringem Defekt geheilten Schizophrenen mit entsprechenden Psychopathen hinsichtlich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit für vertretbar gehalten und in der Praxis vertreten wurde. Dieses Verfahren erschien um so weniger zu beanstanden, als man wußte, daß in der Gerichtspraxis tatsächlich immer wieder derartig Kranke — oder krank gewesene, wenn man so will — als strafrechtlich verantwortlich behandelt und verurteilt wurden, einfach deshalb, weil niemand die Verantwortlichkeit anzweifelte, indem weder der Richter, noch sonst jemand aus dem am Verfahren beteiligten Personenkreis (Polizei), noch der Kranke selber, Zweifel an der Verantwortlichkeit äußerte. Das konnte vor allem dann geschehen, wenn der Kranke seit der akuten Krankheit den Aufenthaltsort gewechselt hatte, sodaß z. B. der Polizei des neuen Wohnortes von der überstandenen Krankheit nichts bekannt war.

Bei der Beurteilung defekt geheilter Schizophrener als zurechnungsfähig waren sehr verschiedene Gesichtspunkte maßgebend. So kam *Bleuler* vorwiegend aus kriminalpolitischen Erwägungen zu diesem Schluß, *Kahn*, indem er vom Erscheinungsbild ausging, das er mit dem des Psychopathen oder Debilen verglich. Die Unhaltbarkeit des Vergleiches psychopathischer Erscheinungsbilder mit der Schizophrenie wurde demgegenüber

schon wiederholt nachgewiesen, so von *Wetzel* und *Aschaffenburg*, und auch *Kahn* hat inzwischen seinen Standpunkt aufgegeben (vgl. Allg. Zeitschr. f. Psych. 102. Bd., S. 232, *Niedenthal*, Der defekt geheilte Schizophrene und der neue § 51 RStGB. Dort auch Angaben über die Literatur, ferner im Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie von Hoche, 3. Aufl. 1934, S. 30 und 508). Neuerdings trat Niedenthal a. a. O. wiederum für die von *Kahn* aufgegebene Auffassung ein. Er sieht die entgegenstehenden Erwägungen sehr wohl und verkennt den Wesensunterschied zwischen Psychopathie und Schizophrenie in keiner Weise. Er führt zwei Beispiele zum Beweise der Richtigkeit seiner Auffassung an, zwei Frauen, die beide aus geordneten Verhältnissen stammen, präpsychotisch nicht auffällig waren, im dritten Lebensjahrzehnt den schizophrenen Schub hatten und schließlich nach weiterem sozialen Abstieg kriminell wurden. Bei der einen, die vordem Angestellte war, führt der Abstieg über Handeln und Hausieren zum Bettel, bei der anderen, einer gutsituierten Ehefrau, kommt es zur Scheidung, zu Schuldenmachen, Urkundenfälschung und Betrug. Beide verteidigen sich sachgemäß, wenn ich so sagen darf, die eine bestreitet den Bettel, indem sie behauptet, nur hausiert zu haben, die andere will dartun, daß sie nicht betrog, da sie Geldquellen hatte. Beide haben so gut wie keine Defekte, abgesehen von der zur Verurteilung stehenden Kriminalität, die als ethischer Defekt angesprochen wird.

Diese Fälle zeigen so recht den wesentlichen Unterschied zwischen der Beurteilung eines Psychopathen mit einem solchen Defekt und einem Schizophrenen. Bei dem Psychopathen denkt niemand daran den § 51 anzuwenden, sagt *Niedenthal* selbst, ich kann also hier die Frage der Verantwortlichkeit der Psychopathen übergehen und muß mich nicht weiter dazu äußern, daß es kriminalpolitisch unhaltbar wäre Psychopathen als Opfer ihrer Veranlagung zu exkulpieren. Daran ändern auch die Psychopathen nichts, deren Veranlagung so große Durchschlagskraft hat, daß wir davon überzeugt sind, sie können gar nicht anders handeln als sie tun. Aber gerade diese beiden Schizophrenen unterscheiden sich in einem ganz wesentlichem Punkte von den Psychopathen. Sie hatten, ehe sie krank wurden, beide bereits ein Lebensalter erreicht, das einen größeren Hang zur Kriminalität, einen ethischen Defekt, hätte in Erscheinung treten lassen, wenn er vorhanden gewesen wäre. Die Lebensgänge beider waren so beschaffen, daß aller Grund für die Annahme besteht: wären sie nicht an Schizophrenie erkrankt, so hätten sie nicht den sozialen Abstieg angetreten, der bei der Kriminalität endete. Also muß die Kriminalität irgendwie mit der Krankheit zusammenhängen, und zwar offenbar so, daß die bestehende krankhafte Störung der

Geistestätigkeit die Kranken zwar nicht unfähig macht, das Unerlaubte der Tat einzusehen, wohl aber nach dieser Einsicht zu handeln. Das ist der gleiche Zusammenhang wie bei dem sozialen Abstieg der Kranken: sie wissen sehr gut, daß sie absteigen, haben aber nicht mehr die ihnen früher eigene Fähigkeit, den Abstieg zu hindern. Wenn dieser Schluß richtig ist, dann müssen beide exkulpiert werden. Ich hielte es für eine maßlose Härte, in solchen Fällen nicht zu exkulpieren. Krankheit und Heilanstalt sind Unglück, Verbrechen und Strafanstalt Schande im Leben eines Menschen. Krankheit exkulpiert. Veranlagung zur Kriminalität nicht.

Demgegenüber erachtet es *Niedenthal* als praktisch, sozial und juristisch angezeigt, in solchen Fällen die Kranken für verantwortlich zu erklären. Er geht von der durch die Arbeitstherapie *Simon*s nachgewiesenen Möglichkeit, Schizophrene zu beeinflussen, zu erziehen, aus und nimmt an, daß auch hier die Strafe gute Wirkung haben könnte, »und sei es einzig und allein durch die abschreckende Wirkung«. Aber solche Vergleiche scheinen mir nicht angebracht. Es ist gewiß zulässig, einen Schizophrenen in der Anstalt durch Zufügung mancher Nachteile und Gewährung mancher Belohnungen erziehen zu wollen. Er wird vielleicht sein Bett sauber halten, wenn er nach jedem Einnässen die Matratze entzogen bekommt, bis sie wieder trocken ist, oder abends zusehen muß, wie die anderen Suppe bekommen und er nicht. Solch kleine Maßnahmen kann man versuchen, aber ein Eintrag in die Strafliste ist doch sehr schwerwiegend. Damit kann man nicht experimentieren. Nicht ohne innere Berechtigung denkt *Niedenthal* an die abschreckende Strafwirkung hier besonders. Was soll die Schizophrenen denn sonst abhalten. Es ist ja anders als in der Irrenanstalt, wo gerade die andere Seite der Erziehung, die Belohnung, im Vordergrund steht, aber im freien Leben wird man nun einmal nicht belohnt, wenn man es unterläßt, Unrecht zu tun. Wenn dann eben der ethische Mangel da ist und der Anreiz zu legalem Verhalten fehlt, dann bleibt nur die Abschreckung. Diese aber ist nur wirksam, wenn die (neue) Strafe mit Sicherheit der Tat auf dem Fuße folgt. In der Heilanstalt ist das so, im Leben nicht.

Dann meint *Niedenthal*, es bedeute für einen Schizophrenen, der sich gesund fühle, gesund sein wolle, verantwortlich sein wolle, der nach seiner Krankheit sich seine Selbsteinschätzung wieder erobert habe, eine ungeheuere Erschütterung, wenn er nun nach einer Straftat wieder in die Anstalt zurückmüsse. Er schrecke zurück »vor der Anstalt mit ihren Eindrücken«. Aus meiner praktischen Erfahrung heraus, ich war lange Zeit an Heilanstalten, dann im Zuchthause tätig, bin ich vom Gegenteil über-

zeugt. Die Heilanstalt mit ihren, gerade seit der Einführung der Arbeitstherapie sehr viel weniger schrecklichen Eindrücken ist ein Ort des Friedens und des Glücks gegenüber der Strafanstalt. Und wenn, wie *Niedenthal* richtig meint, individuelles Vorgehen besonders angezeigt ist, dann kommt nur die Heilanstalt in Frage und nicht die Strafanstalt, die nach ihrem ganzen Aufbau bei weitem nicht so individualisieren kann, wie die Heilanstalt. Strafe muß hart sein.

Was aber die juristische oder besser kriminalpolitische Seite angeht, so gebietet gerade diese Seite ohne viel Zusehen zu exkulpieren, wo immer einmal bei einem Menschen mit Sicherheit eine Schizophrenie festgestellt wurde. Irgendwo muß der Grenzstrich gezogen werden. Die Entscheidung, wo er zu ziehen ist, ist aber leichter zwischen schizophren und nicht schizophren zu ziehen, als zwischen verschieden großen und vor allem verschiedenwertigen Defekten, denn alle Defekte unterscheiden sich ja nicht nur quantitativ, sondern vor allem qualitativ. Der subjektiven Einstellung des Gutachters bleibt hier viel Raum, die Sicherheit der Rechtsprechung, vor allem die Gleichmäßigkeit, muß darunter leiden. Im ersteren Falle aber ist die Entscheidung bereits ein für allemal getroffen. Die Ungleichmäßigkeit der Rechtsprechung würde nicht nur im allgemeinen sehr groß, indem der eine Gutachter mehr geneigt ist zu exkulpieren als der andere, sie würde auch im Einzelfall erheblich, indem derselbe Kranke einmal als verantwortlich, einmal als nicht verantwortlich bezeichnet werden würde.

Schließlich sei noch auf eines hingewiesen. Wir stellten fest: Veranlagung zu Kriminalität exkulpiert nicht. Durch diesen Grundsatz nehmen wir die Psychopathen in Strafe. Man bedenke nun, was für pathologische Gestalten unter den Psychopathen sind, in solchem Ausmaße, daß kein Gutachter und mag er noch so »streng« sein, es unternehmen kann, einen Schizophrenen mit so großen Defekten, wie sie ein Psychopath noch aufweisen darf, ohne zurechnungsunfähig zu sein, für verantwortlich zu erklären. Der soeben aufgestellte Grundsatz: wir urteilen nach dem Erscheinungsbild, muß infolgedessen alsbald wieder fallen gelassen werden, sobald ein einigermaßen erheblicher Defekt bei einem Schizophrenen vorhanden ist. Bleiben wir darum auf der klaren Linie: Krankheit exkulpiert, das steht ja auch im § 51/I. Daß die Grenze zwischen krankhafter Störung und nicht krankhafter Störung oft so unsicher ist, soll uns nicht verleiten, da wo sie sicher ist, die Gesetzesbestimmung nicht anzuwenden, nur weil das augenblickliche Erscheinungsbild wenig eindrucksvoll ist. Auch die Tatsache kann uns nicht irre machen, daß der ausgeheilte Schizophrene erst dann eine unterschiedliche Behandlung

erfährt, wenn er irgendwo auffällig geworden ist, während er vordem nach seiner Genesung als vollwertiger Mensch wieder in die Gesellschaft aufgenommen war. Die damit gegebene Unzulänglichkeit ist nicht größer als der Umstand, daß es eben immer wieder vorkommt, daß eines Tages ein bis dahin für gesund erachteter Mensch als krank erkannt wird, mit der Folge, daß eine Reihe seiner Rechtsgeschäfte nichtig ist.

Da *Niedenthal* von dem »neuen § 51« spricht und von ihm sagt, er werde dem Zwischenland zwischen Zurechnungsfähigkeit und Zurechnungsunfähigkeit gerecht, so nehme ich an (er sagt darüber nichts Bestimmtes), er hat den Schizophrenen den § 51/II zugebilligt. Dieser besagt, daß bei verminderter Zurechnungsfähigkeit die Strafe gemildert werden kann, aber nicht muß. Was ist die Folge dieser Begutachtung? Entweder ich stehe auf dem Standpunkte, daß ein bestimmter Schizophrener verantwortlich ist, rechne damit, daß er erziehbar ist, dann darf ich nicht wollen, daß die Strafe gemildert wird, zumal, wenn ich noch an die Abschreckung denke. Gewiß denkt *Niedenthal* aber auch nicht an eine zusätzliche Maßnahme der Sicherung oder Besserung, denn er will ja den Kranken gerade die Anstaltsverwahrung ersparen. So ist der § 51/II, wenn er hier angewandt wird, eine Halbheit. Es geht auch gegen den Willen des Gesetzgebers, den § 51/II irgendwie starr anzuwenden. Das geht schon daraus hervor, daß er eine Kannvorschrift ist. Viel deutlicher aber ist hier der Entwurf des kommenden Rechtes. »Das kommende deutsche Strafrecht«, Bericht über die Arbeit der deutschen Strafrechtskommission, herausgegeben von Reichsjustizminister Dr. *Gürtner*, Verlag Vahlen, Berlin, gibt die Neufassung wieder. In ihr wird angeordnet, daß, wer vermindert zurechnungsfähig ist, nicht nur gestraft werden, sondern auch den besonderen Maßregeln, die zum Schutze der Volksgemeinschaft im Gesetze vorgesehen sind, unterworfen werden muß. Weiter heißt es: »Wenn die verminderte Zurechnungsfähigkeit auf einem bloß vorübergehenden Zustande beruht ... kann die Strafe gemildert werden.« — Die Anwendung dieser Vorschriften würde also die Herabsetzung der Strafe bei Schizophrenen verbieten, da deren Zustand nicht vorübergehend ist, zugleich aber die Anwendung einer Maßnahme der Sicherung und Besserung gebieten. Das kommende Recht würde also eine den Anregungen *Niedenthals* entsprechende Behandlung unterbinden.

Daß diese kriminalpolitische Haltung des kommenden Strafrechts die klarere und damit richtigere ist, das lehrt die Praxis alltäglich. Nicht nur im Ausland hat man mit der verminderten Zurechnungsfähigkeit, soweit sie zwingend Strafmilderung vorschrieb, so schlechte Erfahrung gemacht, daß man nach Ände-

rung strebt, z. B. in Dänemark, sondern auch bei uns ist man bereits reich an Erfahrungen auf dem Gebiete, noch aus der Zeit, als es noch keinen § 51/II gab und die mildernden Umstände ihn ersetzen mußten. Daß das kriminalpolitisch falsch war, wird durch die inzwischen vorgenommenen Gesetzesänderungen dargetan. Diese Haltung darf nicht wieder eingeführt werden, auch nicht für eine zunächst klein scheinende Gruppe, wie es die Defektpsychosen sind. Die Gefahr der Ausdehnung auf andere Gruppen wäre riesig. Die Psychopathen würden sich gerne anschließen, und es gäbe, würde man in der eingeschlagenen theoretischen Bahn weiterfahren, kein Mittel, das zu verhindern. Jetzt wird geschlossen: Schizophrene, mit geringem Defekt geheilt, sind im Erscheinungsbild gleich den Psychopathen, also beurteilen wir sie wie jene. Der nächste Schritt wäre: Die mit den Psychopathen gleichgesetzten Schizophrenen haben den Schutz des § 51/II für sich. Also gebührt er auch den Psychopathen. Auch die Haltung des Sachverständigen vor Gericht ist eine viel sichere und geradere, wenn die Schizophrenie grundsätzlich als zurechnungsunfähig bewertet wird. Die Krankheit ist eine feststellbare Tatsache, die niemand bestreiten wird, kein Richter und auch das Rechtsgefühl des Laien nicht. Sobald aber abgewogen werden muß, ob ein Defekt noch innerhalb der Grenzen der Zurechnungsfähigkeit steht oder schon zu groß dafür ist, dann sind die verschiedensten Auffassungen möglich. Darum ist die neue Fassung so begrüßenswert. Es wird dann nicht mehr viele Kriminelle geben, die sich diesen »Jagdschein« zulegen möchten.

Unter den Zuchthausgefangenen ist Schizophrenie verhältnismäßig selten. So befinden sich in der psychiatrischen Abteilung des Zuchthauses Straubing, die meiner Leitung untersteht, durchschnittlich etwa 12 Schizophrene, die ein Fünftel des jeweiligen Krankenstandes ausmachen. Berechnet man den Anteil der Schizophrenen auf den Gesamtjahresbestand, also Bestand am Jahresbeginn plus Zugänge während des Jahres, so ist der Anteil der Schizophrenen wesentlich geringer, etwa ein Achtel. Das will besagen, daß die Jahresbewegung der Abteilung vorwiegend andere Erkrankungen (Haftpsychosen, Psychopathien) betrifft, während die Schizophrenen ein eiserner Bestand der Abteilung sind, tatsächlich sind das auch durchwegs Gefangene mit sehr langen Strafzeiten, die zum Teil lebenslange, zum Teil 10 bis 15 Jahre währende Strafen zu verbüßen haben. Es mag sein, daß unter den Haftpsychosen, von denen einzelne Jahrzehnte der Abteilung verbleiben, weitere unerkannte Schizophrene stecken. Aber die Differentialdiagnose Haftpsychose — Schizophrenie ist im Zuchthause außerordentlich schwer und bei den oft vollendet schizophren aussehenden Zustandsbildern mancher Haftpsychosen

erst zu stellen, wenn der Kranke wieder in Freiheit gesetzt wird. Kommt es dazu nicht, weil er während der Strafzeit stirbt, dann bleibt der Zweifel ungelöst. Selten kommt es vor, daß ein eben Verurteilter mit Schizophrenie zugeht, also vom Gericht das Bestehen dieser Krankheit übersehen wurde. Diese verbleiben dann naturgemäß nicht lange im Zuchthause, das Wiederaufnahmeverfahren gewährt ihnen den § 51, sie wandern in eine Heilanstalt ab. Die meisten der Schizophrenen erkranken erst nach Verbüßung bereits längerer Jahre und verbleiben dann bis Strafende im Zuchthause bzw. dessen psychiatrischer Abteilung. Bei ihnen kann nicht mehr die Rede davon sein, daß sie ihre Straftat im krankhaften Zustande begangen hätten.

Zur Erläuterung sei gesagt, daß aus den bayer. Strafanstalten geisteskranke Gefangene nicht entlassen werden, sie werden vielmehr in die beiden bestehenden psychiatrischen Abteilungen verbracht und verbleiben dort bis Strafende. Die Abteilung für die Zuchthäuser ist die in Straubing, die für die Gefängnisse befindet sich in Nürnberg. Diese Handhabung hat für den Strafvollzug sehr große Vorteile, auch gegenüber der preußischen Regelung, nach der geisteskrank gewordene Gefangene höchstens ein Jahr lang zur Beobachtung in eine psychiatrische Abteilung verlegt werden, nach dessen Ablauf aber entweder in den normalen Strafvollzug zurück müssen oder in eine Heilanstalt abgegeben werden. Das hat die Folge, daß weder die Strafe ein Ende erreicht, noch den Heilanstalten Freude gemacht wird, die diese Kriminellen aufnehmen müssen.

Während also die Zuchthausstrafgefangenen selten schizophren sind, da die Gerichtsverfahren vor Aussprechung einer so schweren Strafe doch sehr genau arbeiten und Kranke erkennen und ausscheiden, ist das bei anderen Strafarten anders. Das Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßnahmen zur Sicherung und Besserung vom 24. 11. 33, in Kraft seit 1. 1. 34, bestimmt in § 42d RStGB., daß Personen, die wegen bestimmter Delikte nach § 361 (Bettel, Landstreicherei, gewerbsmäßige Unzucht usw.) bestraft werden, erforderlichenfalls neben der Strafe in einem Arbeitshaus unterzubringen sind, nämlich dann, wenn diese Maßnahme nötig ist, um die Personen »zur Arbeit anzuhalten und an ein gesetzmäßiges Leben zu gewöhnen«. Während also bisher Bettler usw. nur durch Verwaltungsbehörden in Arbeitshäuser eingewiesen wurden, die auch wieder der Verwaltungsbehörde unterstellt waren, werden Bettler nun durch Gerichtsurteil in Arbeitshäuser eingewiesen, die der Justizverwaltung unterstehen. Diese Einweisung ist eine Nebenstrafe, die nur in Verbindung mit einer Hauptstrafe (Haftstrafen wegen Bettel usw.) verhängt werden kann. Die Zurechnungsfähigkeit des Ein-

gewiesenen ist somit unerläßliche Voraussetzung. Ein Teil des hiesigen Zuchthauses wurde als Justizarbeitshaus eingerichtet, sodaß ich nun seit etwa $^3/_4$ Jahren viele Bettler und Landstreicher zu sehen bekomme.

Die besondere Artung dieser Menschen ist schon oft beschrieben worden, besonders *Wilmanns* hat sich dieser Verhältnisse angenommen und festgestellt, daß sich unter ihnen zahlreiche Schizophrene befinden. Wenn man es schließlich hinnehmen konnte, daß die Verwaltungsbehörde diese Menschen statt in eine Irrenanstalt in ein Arbeitshaus verwies, so kann es nicht hingenommen werden, wenn diese Leute als verantwortlich angesehen, mit Haft bestraft und laut Urteil in ein Arbeitshaus eingewiesen werden.

Bis heute (22. 12. 34) sind genau 250 Arbeitshausgefangene hierher eingewiesen worden. Unter ihnen befinden sich 12 Schizophrene, 2 weitere sind höchstwahrscheinlich auch schizophren. Auch eine Reihe anderer Geistesgestörter findet sich unter den Gefangenen, so 7 Imbezille, 1 mit Paralyse, 2 mit Lues cerebri. Ich beschränke mich bei der weiteren Betrachtung auf die Schizophrenen. Wie war es möglich, daß sie verurteilt wurden? Die Urteile werden zumeist vom Einzelrichter (Amtsrichter) gefällt. Nur wenige der Bettler legen Berufung ein, die meisten nehmen die Strafe in der allen eigenen Gleichgültigkeit ohne weiteres an, das tun vor allem auch die Schizophrenen. Die Zuziehung eines Sachverständigen im Verfahren selber kommt so gut wie nicht vor. Meist wird erst nach dem Urteilsspruch der Gerichtsarzt gefragt, ob der Verurteilte zur Einweisung in das Arbeitshaus geeignet ist. Oft unterbleibt auch dieser Schritt. Wie oft die Befragung eines Gerichtsarztes dazu führt, die Einweisung eines Verurteilten in das Arbeitshaus zu verhindern, weiß ich nicht, ich sehe ja nur die Verurteilten, die dann eingeliefert werden. Die Gerichtsärzte begnügen sich meist mit der Feststellung der körperlichen Eignung, wobei der Maßstab sehr großzügig ist, da z. B. Leute bis zu 74 Jahren, schwer Verkrüppelte, offen Tuberkulöse, auch noch als tauglich bezeichnet wurden. Der Geisteszustand wird meist nicht berücksichtigt. Es kam aber auch vor, daß ein Gerichtsarzt in seinem Gutachten alle Symptome der Schizophrenie aufzählte, um zu schließen: »zur Einweisung in das Arbeitshaus ist er aber noch tauglich«. Dieser Gefangene war der einzige, der — soweit die Akten das ausweisen — eingewiesen wurde, obwohl er als schizophren erkannt war, wenn auch das Gutachten das Wort Schizophrenie vermieden hatte. Alle anderen wurden nicht als geistesgestört erkannt, sie unterschieden sich eben, wenigstens bei oberflächlicher Betrachtung, nicht von den anderen Bettlern. Um auf unser Thema zurückzukommen:

der Defekt, den sie aufwiesen, war nicht anders als die Defekte eben bei durchschnittlichen Landstreichern sind. Bei jedem einzelnen aber hätte bereits die Frage, ob er schon einmal in einer Irrenanstalt war — das war immer der Fall — aufmerksam machen müssen und es hätte sich schon bei kurzer weiterer Befragung feststellen lassen, daß bei einzelnen die früheren psychotischen Erlebnisse wenigstens noch insoferne erfaßbar sind, als sie durch Krankheitseinsicht nicht korrigiert wurden. Allen aber ist gemeinsam, daß sie von sich aus ihre psychotische Vergangenheit nicht erwähnen, sie haben wohl alle die Erfahrung gemacht, daß sie statt Verständnis damit zu finden, nur verspottet werden.

Auf diese Weise kommen also zahlreiche Schizophrene in das Arbeitshaus, Leute, die auch vordem schon unzählige Male (bis zu 300mal!) vorbestraft wurden, also als strafrechtlich verantwortlich galten, darunter aber auch solche, die ein- oder mehrmals exkulpiert wurden. Aber auch die Betrachtung der Straflisten mit Einträgen nach § 51 veranlaßt die Richter offenbar nicht immer, sich um den Geisteszustand der Landstreicher zu kümmern, wenn es sich um Haftstrafe und Arbeitshaus handelt. Daß das Bewußtsein fehlt, daß ein schwerer Verfahrensfehler gemacht wird, daß ein Fehlurteil zustande kommt, zeigt am deutlichsten die ärztliche Beurteilung jenes Einzelfalles als zur Einweisung in das Arbeitshaus »noch« geeignet. Die am Verfahren beteiligten Richter und Ärzte stehen offenbar völlig unter dem Gedanken: die Landstreicher müssen weg von der Straße, gleich wie.

Dieses Bestreben ist sicher lobenswert, rechtfertigt aber nicht die Anwendung falscher Mittel, wenn zweckmäßigere Maßnahmen genug zur Verfügung stehen. Zwar ist die Anwendung des § 42b RStGB. (Einweisung in eine Heilanstalt) ausgeschlossen, da diese Maßnahme bei Übertretungen nicht zulässig ist. Auch die Unterbringung in einem Asyl, das nach § 42d bei Arbeitsunfähigen an die Stelle des Arbeitshauses tritt, ist ausgeschlossen, da ja die bestehende Zurechnungsunfähigkeit die Behandlung nach § 42d ausschließt. Immer aber ist es der Verwaltungsbehörde möglich, die Kranken in eine Heil- oder Pflegeanstalt als gemeingefährliche Geisteskranke zu verweisen oder sie als pflegebedürftig dort unterzubringen.

Es bliebe noch nachzuweisen, daß die Kranken, die ich zu sehen bekomme, tatsächlich so geringe Defekte aufweisen, daß sie zu der Gruppe der Schizophrenen, die verantwortlich gemacht werden sollen, gehören. Ich kann mich dabei kurz fassen. Ein solches Bild hat auch *Niedenthal* schon bei seiner Bettlerin wiedergegeben. Jene hatte allerdings ihre krankhaften Erlebnisse durch Krankheitseinsicht korrigiert, einige meiner Kranken haben

das nicht getan, aber doch die meisten. Bei allen aber sind die alten krankhaften Erlebnisse, korrigiert oder nicht, in keiner Weise ausschlaggebend für die spätere Lebensführung. Ja, sie sind durchweg so belanglos wie irgend eine Erinnerung im Leben eines Gesunden, die affektiv, gemütig, belanglos ist. Es ist belanglos für den früheren Postbeamten, der nun zum Landstreicher wurde, daß er einmal sich verfolgt wähnte, wenngleich er dieses Erlebnis nicht korrigiert hat, da er sich darüber klar ist, daß diese Verfolgung längst beendet ist; nicht also der Wahn treibt den Mann auf die Landstraße, vielleicht das Bestreben vor den Verfolgern zu fliehen, sondern die Veränderung der Persönlichkeit insgesamt ließ ihn zum Bettler werden. Es ist auch belanglos — um den vielleicht schwersten Fall anzuführen — daß ein anderer Landstreicher jetzt noch glaubt, daß auf seinen Namen eine Masse Menschen in der Welt herumlaufen, seine Gelder da und dort abgehoben haben, seine früheren Arbeitsverdienste, 10000.— Mark und mehr, da dieser Wahn, er sei reich, nicht einmal die Wirkung hat, daß er vor Gericht geltend macht, er sei kein Gewohnheitsbettler, da er doch nur durch die Gemeinheit jener Leute an den Bettelstab gebracht worden sei. Wenn eine krankhafte Idee einen Einfluß auf das Handeln haben kann, so müßte doch diese hier sich auswirken. Dieser Wahn ist deshalb nur Defekt, kein Prozeß mehr, der Prozeß steht lange schon still. Man sieht daran, wie weit man in der Beurteilung von »Defekten« gehen kann. Auch so ein Defekt ist mit psychopathischem Geschehen noch vergleichbar, man denke an einen Phantasten — Pseudologisten, der ein erträumtes Erlebnis noch Jahre lang festhält und nunmehr als wahre Geschichte ohne erkennbare innere Beteiligung wiedergibt. Deshalb bekommt er für keine Straftat den § 51. Eine Reihe anderer ist nichts weiter als abgestumpft, läppisch, heiter, sie wissen über ihre früheren Erkrankungen weiter nichts zu sagen, als daß sie tatsächlich in einer Heilanstalt waren, daß das aber nichts Besonderes gewesen sei, sie hätten sich damals das und jenes eingebildet, aber das sei gar nicht weiter wichtig, man solle kein solches Aufhebens darum machen, sie verstünden gar nicht, warum sie jetzt wieder auf den Geisteszustand untersucht werden, sie wollten nicht in der psychiatrischen Abteilung sein, sie wären doch jetzt im Arbeitshaus, da wollten sie hin, es sei nun eben so, daß die Bettler nicht mehr herumlaufen dürfen, da könne man doch nichts daran machen. Darin verhalten sie sich genau so, wie all die anderen Landstreicher, die »Gesunden«, die fast alle Heboide, fast Hebephrene, sind, die, als sie im August dieses Jahres unter die Amnestie fielen und entlassen wurden, erklärten, sie wüßten nicht wohin, sie müßten doch wieder betteln und kämen bald wieder. Die Defekte,

die man zu sehen bekommt, sind bei den »Gesunden« wie bei den Schizophrenen die gleichen, der Unterschied aber liegt darin, daß bei all den Schizophrenen einmal die akute Psychose in das Leben eingriff, daß früher oder später nach der Entlassung aus der Heilanstalt das vordem geordnete Leben mit dem des Landstreichers vertauscht wurde. In diesem Zusammenhang ist es belanglos, daß auch unter den »gesunden« Landstreichern eine Reihe Schizophrener stecken können, bei denen mangels einer Vorgeschichte der Zustand nur nicht zu klären ist. Aber auch hier wird es in manchen Fällen nachträglich möglich sein eine zeitweilige Erkrankung nachzuweisen, besonders dann, wenn ein deutlicher Knick in der Lebensführung irgendwann eingetreten ist. Außer Betracht können nur die bleiben, die von jeher, von Jugend an durch ihr Verhalten dargetan haben, daß ihre Lebensführung einer gegebenen, angeborenen Veranlagung entspricht. Diese sind dann auch die für die Unterbringung im Arbeitshaus geeigneten Fälle, und sie können nicht früh genug eingewiesen werden, nicht erst nachdem sie schon 50 Bettelvorstrafen haben und darüber 40 Jahre alt geworden sind.

Zu all den Erwägungen über die allenfallsige Zurechnungsfähigkeit defekt geheilter Schizophrener kommt hinzu, daß wohl jeder Sachverständige nur bei kleinen Delikten sich dazu entschließen wird, Zurechnungsfähigkeit anzunehmen, daß er aber angesichts eines Verbrechens, auf das hohe Strafe gesetzt ist, denken wir gleich an die Todesstrafe, all die Erwägungen, die der Gleichsetzung eines schizophrenen Endzustandes mit einer Psychopathie oder Debilität entgegenstehen, viel ernster nehmen wird, sich der Zweifel bewußter werden wird, die nun einmal da sind, daß er deshalb mehr Arbeit, längere Beobachtungsdauer auf den Kranken verwenden wird und gerade dadurch den krankhaften Zustand erst richtig wird erfassen können. Es wäre bedauerlich, wenn sich auf diese Weise ein Zustand herausbilden würde, durch den — sicher weitgehend unbewußt soweit der einzelne Sachverständige beteiligt ist — Schizophrene vor Gericht verschieden behandelt werden, wie es ja leider auch der Fall ist, daß nicht wenige bloß deshalb nicht als zurechnungsunfähig vor Gericht erkannt werden, weil das Verfahren angesichts der kleinen zu erwartenden Strafe sehr wenig ins einzelne geht. Der anscheinend einfache, klare Tatbestand verführt dazu. Nichts wäre schlimmer, als wenn es möglich wäre, daß an einen Sachverständigen auch nur mit dem Schein einer Berechtigung die Frage gestellt werden könnte, die mir einmal vor Jahren ein kommunistischer Verteidiger in einem politischen Prozeß tendenziös gestellt hat: Sie haben den Angeklagten für verantwortlich erklärt. Wenn nun auf der Tat nicht eine Strafe von fünf Jahren Zuchthaus stünde,

sondern die Tat mit der Todesstrafe geahndet werden müßte, würden Sie dann den Angeklagten auch für verantwortlich halten? Die Antwort des Sachverständigen muß klar sein können, wie seine Haltung klar sein muß. Er ist der sachverständige Gehilfe des Richters bei der Beurteilung des Geisteszustandes. Um welches Verbrechen, um welche Strafe es sich dabei handelt, das hat nicht den geringsten Einfluß auf seine Stellungnahme. Der Erlanger Chirurg *Graser* war sich der höchsten Verantwortlichkeit auch bei anscheinend kleinen Dingen immer besonders bewußt. So warf er, nachdem er ein Krankheitsbild eingehend behandelt hatte, die Frage auf: würde ich nun ebenso diagnostizieren und behandeln, wenn der Kranke da mein eigener Sohn wäre? Und dann begann er unter dem neuen Gesichtspunkte höchster Verantwortlichkeit den Fall neu zu besprechen, in einer Durchdringung und Meisterschaft, die unerhört war. An diese Vorlesung denke ich oft. Sie ist ein Ansporn, geeignet das Urteil im Einzelfalle, wie bei grundsätzlichen Erwägungen zu schärfen. Daß diese Art der Betrachtung nicht zum Nachteil der Allgemeinheit ausfalle — etwa, wenn man bei jedem zu Begutachtenden immer nur unter der Einstellung, er sei ein Verwandter, arbeiten würde, eine Stellungnahme, die natürlich dem Chirurgen, der nur für die Einzelperson im Augenblick tätig wird, möglich ist — dazu genügt es, sich ebenso lebhaft in die Gefühle der Personen zu versetzen, deren Belange bedroht sind. Das Gesamtergebnis muß dann den Bedürfnissen der Allgemeinheit entsprechen. Man erinnere sich der *Niedenthal*schen Fälle, denke, es sei das jemand aus der eigenen Familie, den das Schicksal — Krankheit, Verwahrlosung, Kriminalität — getroffen hätte! Und was hat die Allgemeinheit davon, daß so ein Mensch ins Gefängnis, statt in die Heilanstalt kommt? Was aber kann jemand bewegen, selber lieber ins Gefängnis zu wandern, als das Weiterbestehen einer nun einmal nachgewiesenen Geistesstörung zuzugeben? Sicher nicht gesunde Gedanken.

Fasse ich zusammen, dann kann ich sagen, daß ebensosehr wissenschaftliche, klinische Erkenntnisse wie kriminalpolitische Erfordernisse gebieten, den Grenzstrich zwischen Schizophrenie und Defekten anderer Herkunft bei der Zubilligung des § 51 RStGB. streng zu beachten. Gerade dadurch werden sowohl die Belange der Kranken wie die der Allgemeinheit am zweckmäßigsten gewahrt.

August Focke (1820—1904), auch ein Jacobi-Schüler.

Von

San. Rat Dr. C. Focke, Düsseldorf.

Mit einer Porträttafel

August Focke war am 5. Sept. 1820 in Stettin geboren als Sohn des Regierungsrats *Carl Focke*, aus friesischem Stamm. Wie die Eltern geistig hoch standen, so war auch der Sohn begabt. Als der Vater als Oberregierungsrat in Liegnitz stand, gehörte der Sohn zu den besten Schülern der Ritterakademie. Den humanistischen Stoff und lebende Sprachen eignete er sich ebenso leicht an wie körperliche Gewandtheit. Immer blieb ihm noch Zeit zum Dichten und Musizieren. — Auf den Universitäten Bonn und Berlin hatte er infolge seiner musikalischen Betätigung und vornehmen Liebenswürdigkeit zahllose Freunde. Promoviert 1842[1] beendete er in Berlin im Frühjahr 1843 das Staatsexamen und arbeitete noch an den Kliniken in Prag und Wien. Im November öffnete sich ihm eine Assistentenstelle an der ersten rheinischen Irrenanstalt Siegburg.

Die Aufgabe fesselte ihn und der Direktor *Max Jacobi* fand an ihm solche Freude, daß er dem 23jährigen die freigewordene Stelle des II. Arztes anbot. *Focke* griff zu und war nun dem Sonderfach mit Leib und Seele ergeben. — Er erhielt einen einjährigen Urlaub, um die deutschen, englischen und nordfranzösischen Anstalten kennen zu lernen. Im März 1845 begann die Reise. Nach kurzem Besuch der hessischen Anstalten hielt sich *Focke* 6 Monate bei *Roller* in Illenau und bei *Zeller* in Winnenthal auf. Die Art des Letzteren, sich jedem Gegenwärtigen anzuschmiegen, gefiel ihm weniger. *Zeller* legte auch zu geringen Wert auf das Somatische; bei den distinguierten Patienten suchte er die Unvernunft täglich durch disputierende Vernunft zu bekämpfen, wobei er es gerne sah, wenn der Stab ihm sekundierte. Es kam auch vor, daß *Focke* den fernen *Jacobi* verteidigen mußte. — Auf dem weiteren Weg durch Süddeutschland und Tirol gefiel ihm besonders *Griesinger* in Tübingen und *Schaefer* in Zwiefalten. Es folgten Stötteritz, Halle, Hildesheim, Sonnenstein, Prag, Breslau, Brieg, Leubus, Berlin, Sachsenberg, Hornheim, Hamburg. — Vom 14. Dezember an wurde er in Wakefield

von *Mr. Corsellis* und Gattin einen Monat lang wie ein Sohn in das englische Leben und Anstaltswesen eingeführt. Anfangs 1846 besuchte er alle wichtigen Anstalten in Schottland, Irland und England. Die britischen Ärzte wetteiferten in Gastfreundschaft und Offenheit. Sie gaben gerne zu, daß ihr No-restraint nicht in allen Fällen durchgeführt werden konnte.

Reich an Erfahrungen und persönlichen Beziehungen kehrte *Focke* nach Siegburg zurück. Er fand die Behandlung unter *Jacobi* doch höher stehend als irgendwo. Und da er den Chef jetzt besser ergänzen konnte, wurde das Verhältnis zu dem um 45 Jahre Älteren unerwartet günstig. Freilich als er einmal unvorsichtig darum gebeten hatte, daß die Seelsorger, mit denen er übrigens durchaus gut stand, in ihrer Mitbehandlung auf die geeigneten Fälle beschränkt werden möchten, gab es eine gewisse Verstimmung[2]. Nach einigen Monaten erkannte *Jacobi*, daß er *Focke* unrichtig beurteilt hatte. In seiner letzten Lebenszeit hat er öfter Anderen gegenüber geäußert, daß er unter seinen 5 zweiten Ärzten keinen lieber gehabt habe.

Focke vergrößerte sich die an den II. Arzt gestellten Anforderungen noch selbst, weil sie ihm Freude machten. Da waren die zahlreichen Anlässe zu erheiternden Festen für die Kranken, die Sorge für das Wärterwesen und das vielfache Herumführen besuchender Kollegen mit Besprechungen beim Schoppen. Es blieb wenig Muße zu den ersehnten literarischen Arbeiten.

Im November 1846 unterstellte sich ihm sein bester Freund, der Bonner Privatdozent *Carl Heinrich* als erster Assistent. Es wurde für beide eine glückliche Zeit von anderthalb Jahren. — Bei der Feier von *Jacobi*s 50jährigem Dr.-Jubiläum hatte *Focke* die Oberleitung. Einen literarischen Angriff, den Prof. *Friedrich Nasse* aus Bonn gegen die Anstalt gerichtet hatte, wehrte *Focke* zu *Jacobi*s großer Zufriedenheit ab[3].

Gleichzeitig wurde auch die »Jacobistiftung« zur Hebung des Personals gegründet[4]. *Focke* verfaßte die Statuten, sammelte selbst den größten Teil der Gelder und rief die Stiftung eigentlich ins Leben. Schon sieben Monate später konnte er notieren: »*Zeller*«, der bei Jacobi zu Besuch war, »ist erstaunt über unsere Wärter und Wärterinnen«. Sie gingen für *Focke* durchs Feuer; und er hatte es verdient, daß die Stiftung ihn nach mehreren Jahren zum Ehrenmitglied ernannte.

Im Jahr 1848 trug er auf der Naturforschertagung in Aachen »Über typisches Irresein und Heilung durch Chinin« vor[5] und arbeitete eifrig am standesärztlichen Zusammenschluß[6].

Aber 1849 brachte Unheil. Zunächst starb *Heinrich*, nunmehr Prof. der inneren Medizin in Königsberg durch Selbstmord; *Focke* schrieb ihm einen schönen Nekrolog[7]. — Dann trat *Gudden*



Dr Focke.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 103.

Zu Dr. C. Focke, „August Focke (1820—1904), auch ein Jacobi-Schüler“.

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

von *Mr. Corsellis* und Gattin einen Monat lang wie ein Sohn in das englische Leben und Anstaltswesen eingeführt. Anfangs 1846 besuchte er alle wichtigen Anstalten in Schottland, Irland und England. Die britischen Ärzte wetteiferten in Gastfreundschaft und Offenheit. Sie gaben gerne zu, daß ihr No-restraint nicht in allen Fällen durchgeführt werden konnte.

Reich an Erfahrungen und persönlichen Beziehungen kehrte *Focke* nach Siegburg zurück. Er fand die Behandlung unter *Jacobi* doch höher stehend als irgendwo. Und da er den Chef jetzt besser ergänzen konnte, wurde das Verhältnis zu dem um 45 Jahre Älteren unerwartet günstig. Freilich als er einmal unvorsichtig darum gebeten hatte, daß die Seelsorger, mit denen er übrigens durchaus gut stand, in ihrer Mitbehandlung auf die geeigneten Fälle beschränkt werden möchten, gab es eine gewisse Verstimmung[2]. Nach einigen Monaten erkannte *Jacobi*, daß er *Focke* unrichtig beurteilt hatte. In seiner letzten Lebenszeit hat er öfter Anderen gegenüber geäußert, daß er unter seinen 5 zweiten Ärzten keinen lieber gehabt habe.

Focke vergrößerte sich die an den II. Arzt gestellten Anforderungen noch selbst, weil sie ihm Freude machten. Da waren die zahlreichen Anlässe zu erheiternden Festen für die Kranken, die Sorge für das Wärterwesen und das vielfache Herumführen besuchender Kollegen mit Besprechungen beim Schoppen. Es blieb wenig Muße zu den ersehnten literarischen Arbeiten.

Im November 1846 unterstellte sich ihm sein bester Freund, der Bonner Privatdozent *Carl Heinrich* als erster Assistent. Es wurde für beide eine glückliche Zeit von anderthalb Jahren. — Bei der Feier von *Jacobi*s 50jährigem Dr.-Jubiläum hatte *Focke* die Oberleitung. Einen literarischen Angriff, den Prof. *Friedrich Nasse* aus Bonn gegen die Anstalt gerichtet hatte, wehrte *Focke* zu *Jacobi*s großer Zufriedenheit ab[3].

Gleichzeitig wurde auch die »Jacobistiftung« zur Hebung des Personals gegründet[4]. *Focke* verfaßte die Statuten, sammelte selbst den größten Teil der Gelder und rief die Stiftung eigentlich ins Leben. Schon sieben Monate später konnte er notieren: »*Zeller*«, der bei Jacobi zu Besuch war, »ist erstaunt über unsere Wärter und Wärterinnen«. Sie gingen für *Focke* durchs Feuer; und er hatte es verdient, daß die Stiftung ihn nach mehreren Jahren zum Ehrenmitglied ernannte.

Im Jahr 1848 trug er auf der Naturforschertagung in Aachen »Über typisches Irresein und Heilung durch Chinin« vor[5] und arbeitete eifrig am standesärztlichen Zusammenschluß[6].

Aber 1849 brachte Unheil. Zunächst starb *Heinrich*, nunmehr Prof. der inneren Medizin in Königsberg durch Selbstmord; *Focke* schrieb ihm einen schönen Nekrolog[7]. — Dann trat *Gudden*



Dr. Focke.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 103.

Zu Dr. C. Focke, „August Focke (1820—1904), auch ein Jacobi-Schüler“.

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

als Assistent ein und verursachte durch die Eigenart seiner Natur manche Reibung; später verstanden sie sich gut. — Im September stürzte *Focke*, als er mit den Kranken turnte, vom Reck auf die Hüfte, schonte sich nachher nicht, konsultierte endlich den Chirurgen *Wutzer* in Bonn und erkältete sich heimkehrend. Damit fingen die Neuralgien an, die seitdem den größeren Teil seines Lebens verfolgen sollten. An eine Kaltwasserkur schlossen sich gegen Ende 1851 dienstliche Überanstrengungen.

Nach einem halbjährigen Urlaub erhielt er 1852 die Verabschiedung mit zweijähriger Pensionierung. In den nächsten schmerzlichen 8 Jahren, die er zum Teil in Kurorten zubrachte, lernte er an sich selbst vieles über die Diät im weitesten Sinne des Wortes und über die enge Verflechtung des Körperlichen mit dem Seelischen, was über die damaligen Kenntnisse hinausging und erst heute wieder in das ärztliche Denken eintritt.

Von Koblenz, dem väterlichen Wohnort aus besuchte er noch 1857 *Jacobi* in Siegburg und schrieb im nächsten Jahr den Nachruf, der laut Urteilen der Familie und aller, die den Verstorbenen gekannt hatten, das Treffendste war, was über ihn damals gesagt worden ist[8].

Nach einem Aufenthalt an der Nordsee machte er Studien in Gheel, 1859. Darauf erhielt er den Besuch des befreundeten Irrenarztes Dr. *S. Gaskell* aus London und besuchte mit ihm die Anstalt St. Thomas in Andernach. Beide nahmen davon einen niederschmetternden Eindruck mit.

Als es ihm endlich besser ging, erledigte er gerichtliche Obduktionen und psychiatrische Gutachten für den Reg.-Med.-Rat Eulenberg. Letzterer veranlaßte bei seiner Versetzung *Focke*, an seiner Stelle die Praxis zu eröffnen. Bald wurde er von den niedersten bis zu den ersten Ständen als Arzt gesucht. Überdies pflegte er autodidaktisch die Ohrenheilkunde, die in dortiger Gegend noch keinen Vertreter hatte. Ferner nahm er einen Studienaufenthalt bei dem schwedischen Heilgymnasten *A. S. Ulrich* in Bremen und richtete sich dann für Neuropathen und skoliotische Schülerinnen der höheren Stände einen Saal für Heilgymnastik ein, die ihm treffliche Erfolge brachte.

Nachdem er die Mutter verloren hatte, nahm er in den freien Raum der Wohnung einzelne Neuropathen in Hauspflege. Seine tüchtige Schwester sorgte für die Patienten. — Im Frühjahr 1863 starb der 77jährige Vater. Der Sohn aber hatte die größte Höhe der Leistungsfähigkeit erreicht. Neben der ausgedehnten Praxis hielt er auch öffentliche Vorträge. Im Herbst heiratete er Johanna von Bernuth, eine Tochter des Landrats in Lennep.

Im Sommer 1864 kam der schlechte Zustand der Siegburger Anstalt zur öffentlichen Erörterung. *Focke* schrieb, den halben

Verbesserungsvorschlägen sich entgegenstellend einen Aufsatz »Siegburg und das Irrenwesen Rheinpreußens«[9]. Dem Landtag rief er zu: »Die Heilanstalt Siegburg ist unheilbar«; es müßten mindestens zwei bis drei neue Anstalten gebaut werden! — Weiter schrieb er »Hoffnungen und Befürchtungen für das Irrenwesen Rheinpreußens«[10] und verhandelte mündlich die Frage in den ärztlichen Bezirksvereinen. Am 7. Dezember wurden die erwünschten Resolutionen im Rheinischen Landtag angenommen; und von jetzt ab kämpfte er mit *Werner Nasse*, Direktor in Siegburg, Schulter an Schulter für fünf neue Anstalten, von denen die des Kölner Bezirks an die Universität Bonn kommen müsse.

Während des Kriegs 1866 übernahm er auf Ersuchen der Regierung die ärztliche Versorgung der Anstalt in Andernach, wobei die psychiatrische Arbeit durch Cholerafälle erschwert wurde.

Im Jahr 1867 rief er mit *Nasse*, *Richarz* und *Pelman* den »Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz« ins Leben, besuchte auch die psychiatrische Versammlung in Heppenheim und die Naturforscherversammlung in Frankfurt, wo er von *Zeller* einen herzhaften Abschiedskuß erhielt.

Im folgenden Jahr konnte er außerhalb der Festungswälle an der Mainzer Chaussee ein Schweizerhaus mit freiliegendem großen Garten erwerben zur besseren Aufnahme von Kranken. Während es eingerichtet wurde, schrieb er die mahnende Broschüre »Deutsches Irrenwesen und Unwesen«, die über das Rheinland hinaus Aufsehen erregte[11]. Aber dann lähmte ihn wieder ein heftiger Rückfall des früheren Leidens jahrelang. Erst 1875 konnte er anfangen, psychisch Kranke aufzunehmen, die ihm *Finkelnburg* und *Nasse* zuwiesen. Bald fand er solchen Anklang, daß er im Winter 79/80 einen Anbau errichten konnte. Die Kranken lebten ganz in der ärztlichen Familie. Einzelne waren auch in benachbarten Pensionen untergebracht. Mit 63 Jahren fühlte er sich der Anspannung nicht mehr gewachsen und entließ im Sommer 1883 allmählich die Kranken.

Den Winter 83/84 brachte er im Erlenbad im Schwarzwald zu, im Verkehr mit dem nahen Freunde *Schüle* (Illenau). Da er sich mit der Fachliteratur auf dem Laufenden hielt, änderten sich die Beziehungen zu den Freunden nicht. Das gilt besonders für *Nasse*. Dieser kam von der neuen Andernacher Anstalt oft nach Koblenz zu *Focke*. Auch im »Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke« standen sie zusammen. *Nasse* ließ keine Reformschrift ohne die Kritik des Freundes in Druck gehen; und er benutzte als Mitglied des Rhein. Medizinalkollegiums von Bonn aus jede Sitzung in Koblenz zu einem Besuch. Das waren feierliche Stunden. Unter allen Todesfällen der Freunde riß *Nasse*s

Heimgang in *Focke*s Leben die tiefste Lücke, bis er selbst am 27. Dezember 1904 in einer Alterspneumonie entschlief.

Im letzten Jahrzehnt hatte er sich an schönen Tagen mit seinen Obstbäumen, sonst mit guter Lektüre beschäftigt und das Regimen Salernum bearbeitet. Jedem Besucher hinterließ seine Güte und edle Allgemeinbildung nachhaltigen Eindruck. Äußeren Ehrungen ging er sorglich aus dem Wege, auch dem Sanitätsrat-Titel. Aber es erquickte ihn, wenn er von Sachkundigen anerkannt wurde, wie es beim 50. und 60. Doktor-Jubiläum geschah, besonders als der Psychiatrische Verein ihm eine Adresse überreichte, die sein Arbeiten für das rheinische Irrenwesen hervorhob.

Literatur:

1 De argenti nitrici usu interno Dissertatio. Berol. 3. Febr. 1842. 2 *Herting, C. W. M. Jacobi,* ein deutscher Arzt, 1930 S. 114. — 3 *A. Focke,* Die Entscheidung über die Unheilbarkeit eines Irreseins. Allg. Ztschr. f. Psych. IV. S. 283, 1847 und *Friedr. Nasse* in Bd. III. — 4 *Herting,* Die erste rheinische Irrenanstalt Siegburg. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 81. — 5 Allg. Ztschr. f. Psych. V. S. 375 — 6 Rhein. Ärzteblatt, 19. 6. 1933. — 7 Allg. Ztschr. f. Psych. VI. S. 445—56. — 8 Köln. Ztg. 19. u. 20. Juli 1858, No. 198/99. — 9 Köln. Ztg. 8. Oct. 1864 No. 280 I. — 10 Köln. Ztg. 5. Dez. 1865 No. 337 II. — 11 Neuwied u. Lpz. bei Heuser. — Ferner kleine Beiträge an Zeitschriften, Briefe, Tagebücher, persönliche Erinnerungen.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Frankfurt a. M. Direktor: Professor Dr. *Kleist*.)

Taubstummheit und angeborener Schwachsinn, ein Gutachten.

Von

Professor Dr. **E. Fünfgeld**, Oberarzt.

Die Grenzziehung zwischen physiologischer Dummheit und angeborenem Schwachsinn — früher nur selten von wesentlicher praktischer Bedeutung — hat heute durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses eine ungeahnt hohe Bedeutung gewonnen. Bei der verantwortungsvollen Entscheidung über die Vornahme oder Ablehnung einer Unfruchtbarmachung hat der zu Rat gezogene Facharzt mehr als je die Gesamtpersönlichkeit des Untersuchten zu berücksichtigen, seine soziale Stellung, seine Ausbildungsmöglichkeiten, den Interessenkreis seines Standes, seine Einpassung ins soziale Gefüge, ehe bei Leuten mit geringeren Kenntnissen Schwachsinn angenommen werden darf. Solange es sich um Menschen mit intakten Sinnesorganen handelt, werden sich für den erfahrenen Beurteiler nur in vereinzelten Fällen größere Schwierigkeiten ergeben. Ganz anders stellt sich aber die Sachlage dar, wenn ein wichtiges Sinnesorgan durch eine Erkrankung in früher Kindheit ausgefallen ist. Solange eine Blindheit oder Taubstummheit auf angeborener Ursache beruht, ist die Entscheidung klar; die geistige Beschaffenheit kann außer Betracht bleiben, da die Voraussetzungen des Gesetzes erfüllt sind, gleichgültig wie sich die geistige Beschaffenheit darstellt. Ist aber wie im vorliegenden Falle die Ertaubung durch eine Erkrankung im frühen Kindesalter aufgetreten, was praktisch angeborener Taubstummheit gleichkommt, so ist zur Vornahme einer Unfruchtbarmachung der Nachweis einer der seelischen Erkrankungen oder abnormen Zustände erforderlich, die das Gesetz vorschreibt.

Die Bedeutung des angeborenen Schwachsinns bei Taubstummheit lag früher fast ausschließlich auf pädagogischem Gebiet; daher ist auch das medizinische Schrifttum darüber kümmerlich. Im *Bumke*schen Handbuch hat *Strohmeyer* dem Schwachsinn bei Taubstummheit eine knappe Viertelseite gewidmet, sich vor allem mit der Feststellung begnügt, daß die Fachleute bei 20% der Taubstummen schwache Begabung annehmen. *Ziehen*

spricht von 30% Schwachsinnigen unter den Taubstummen. Bedauerlich ist vor allem, daß in der medizinischen Literatur eine Darstellung der normalen Leistungen eines Taubstummen völlig fehlt. Selbst im Handbuch des Taubstummenwesens, das natürlich vorwiegend pädagogisch gerichtet ist, ist der Psychologie der Taubstummen kein Kapitel gewidmet; immerhin ist aus den Darstellungen von *Schumann*, *Huber* und *Vahle* auch für den im Umgang mit Taubstummen weniger Erfahrenen unschwer zu entnehmen, was ein kluger und einfühlend gestalteter Unterricht Taubstummen an Können zu vermitteln imstande ist.

Das dem Erbgesundheitsobergericht in Frankfurt a. M. erstattete Gutachten, ob die nunmehr 30jährige Auguste Str. als schwachsinnig angesehen werden müsse und damit die Voraussetzungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses erfülle, hat zunächst ein beträchtliches diagnostisches Interesse, zumal Fälle dieser Art bald auch anderwärts zur Beratung und Entscheidung stehen werden; andererseits zeigt die psychologische Struktur der Kranken Besonderheiten der Sprach- und Begriffsentwicklung, die allgemeiner Beachtung wert erscheinen:

Aus der Vorgeschichte ist folgendes wesentlich: Die Eltern sind früh an unbekannter Ursache gestorben. Ein Bruder, Wilhelm, war vom 15. 4.—25. 5. 1924 wegen eines halluzinatorischen Verwirrtheitszustandes in der Heilanstalt E. und vom 29. 12. 24—20. 2. 25 in der Nervenheilanstalt K. Hier wurde Schizophrenie diagnostiziert. Aus den Akten geht hervor, daß dieser Bruder zwar arbeitet, aber auch heute noch seelisch auffällig ist. Auguste St. selbst soll früher gehört haben. Im Anschluß an eine beiderseitige Ohroperation sei sie im Alter von 2 Jahren ertaubt. Vom 7. 4. 1910—23. 3. 1918 befand sie sich in der Taubstummenanstalt C. In dem Entlassungszeugnis ist folgendes vermerkt: Kenntnisse: Katechismus: ziemlich gut. Sprechfertigkeit: ziemlich gut bis gut. Absehen vom Munde: gut. Schriftlicher Ausdruck: gut. Lesen: ziemlich gut. Rechnen: ziemlich gut. Schönschreiben: gut. Zeichnen: ziemlich gut. Turnen: gut.

Sonstige wesentliche Krankheiten scheint Fräulein St. nicht durchgemacht zu haben. Nach dem Tode der Mutter blieb sie im Haushalt von Verwandten. In den Akten ist unter dem 27. 9. 21 vermerkt, daß der Bruder beim Vormund vorstellig geworden sei, weil seine Schwester mit einer taubstummen Person verkehre, die einen schlechten Einfluß auf sie habe. Eine anderweite Unterbringung, die vom Bruder angeregt worden war, wurde wohl aus äußeren Schwierigkeiten nicht vorgenommen. 1922 weilte sie offenbar längere Zeit bei einem Taubstummenlehrer in C. 1923 weilte sie im Hause des Vormundes, sie sei ein braves, arbeitsames Mädchen. 1924 ist vermerkt, daß Frl. St. von einem verheirateten Mann mit ihrer Zustimmung geschlechtlich gebraucht worden sei. Auch sonst geht aus späteren Niederschriften hervor, daß sie die Neigung hatte, sexuelle Beziehungen anzuknüpfen. Ferner ist vermerkt, daß sich Frl. St., die am 26. 2. 1925 volljährig werde, kindisch darauf freue, selbständig zu werden, und erklärt habe, sofort ihren Grundbesitz zu veräußern, damit sie in Besitz von Geld

komme. »Hierbei steht zu befürchten, daß sie als willenlose, schwache, unselbständige Person in die Hände von Menschen fällt, die ihr das Vermögen abzuschwindeln verstehen.« Weiterhin wird angegeben, »daß das Mädchen geistig wenig entwickelt und sehr leicht zu beeinflussen ist«. Deshalb wurde mit ihrer Zustimmung ein Pfleger eingesetzt. Vom Pfleger wird mitgeteilt, daß sie geistig ganz außerordentlich zurückgeblieben sei. Sie zeige einen Hang zu ausschweifender Lebensweise, und es sei unmöglich, sich ihr gegenüber so verständlich zu machen, daß sie überhaupt begreife, was man wolle. Sie führe ihrem Bruder den Haushalt. Auch sonst ist in Verhandlungen über die Einsetzung eines neuen Pflegers von der Unbeeinflußbarkeit und Schwierigkeit des Frl. St. wiederholt die Rede. 1932 klagt der Pfleger wiederum darüber, so daß sie sogar vom Gericht unter Zuziehung einer Dolmetscherin auf ihr Verhalten hingewiesen werden mußte. Eine genaue Schilderung der Zustände in der Wohnung durch den Vormund sagt u. a.: »Die Wohnung glich einem Absteigequartier, bis mir die Pflegschaft übertragen wurde.« Am 1. 2. 1934 wird von der Beratungsstelle für Gehörlose geschrieben, daß Frl. St. dringend um Einsetzung eines anderen Pflegers bitte, weil der jetzige sie schlecht behandele, sie geschlagen habe und ihr keine Einsicht in ihre Vermögensverhältnisse gebe. Darauf wurden eingehende Erhebungen angestellt: es ergab sich daraus, daß die Wohnung in erheblichem Grade verwahrlost war, daß sie ein sehr unsolides Leben führe, vor vier Jahren eine Totgeburt mitgemacht habe. Nach Ansicht der Fürsorgerin könne der Pfleger der anscheinend geistig minderwertigen Taubstummen keine Einsicht in ihre Verhältnisse geben. Vom Kreisarzt wurde unter dem 18. 4. 1934 wegen angeborener Taubstummheit und angeborenem Schwachsinn Antrag auf Unfruchtbarmachung gestellt. Diesem Antrag wurde vom Erbgesundheitsgericht Wiesbaden unter dem 16. 5. 1934 stattgegeben. Von der Beratungsstelle für Gehörlose wurde am 11. 6. 1934 im Namen der Auguste St. Einspruch erhoben, weil die Taubstummheit infolge eines Ohrenleidens entstanden sei und ein Schwachsinn nicht vorliege. Vom Erbgesundheitsobergericht wurde die Begutachtung veranlaßt.

Die Untersuchung und Beobachtung ergab folgendes:

Körperlich: Schlank gebautes, in gutem Ernährungszustand befindliches Mädchen.

An den Lungen leichte Schallabschwächung links oben, keine Rasselgeräusche.

Sonst innere Organe und Nervensystem ohne Befund. Blutdruck 145/80 mm Hg.

Während der ganzen Beobachtung bestand leichte Temperaturerhöhung zwischen 37,1 morgens und 37,7 abends. Untersuchung in der Ohrenklinik ergab Ertaubung durch doppelseitige Mittelohrerkrankung.

Seelisch: Die Vorgeschichte war bei der Verständigungsschwierigkeit mit der Kranken nur lückenhaft zu erheben. Sie gab jedoch zu, einmal eine Fehlgeburt vor fünf Jahren gehabt zu haben. Ablesen vom Munde gelang ihr nicht. Die selbständige Sprache, die von dem Gutachter sehr bald gut verstanden wurde, zeigte völligen Mangel eines Satzaufbaus, sodaß die Worte im Telegrammstil aneinander gereiht wurden. Lesen ging glatt. Nacherzählen einer gelesenen Geschichte (Unglücksfall mit einem Christbaum) folgendermaßen: Christbaum anzund ... Weihnachten ... brennen... Kinder verlorgehn ... Spiele ... Weihnachten ... Baum ... bunte Schmuck. (Auf

die Frage, was gebrannt habe) Kinder ... stürzen ... verüben. Nach einigen Tagen wurde die schriftliche Wiedergabe derselben Geschichte verlangt, was von ihr abgelehnt wurde. Nach wiederholtem Lesen und Auffordern, das Gelesene zu erzählen, gab sie folgendes von sich: zerbrach ... fall um ... brannt ... Petroleumlampe ... fall um ... verbrannt ... Nachbar — — — verbrannt — — — später fort ... Krankenhaus sterben — (Frage: wer verbrannte?) Kinder spielen stoßen ... weiß, was machen — — — vielleicht stoßen ... fall um — — — glaube Kinder allein ... Mutter vielleicht fort kaufen ... Sachen.

Von Rechenaufgaben wurden einfache Additions- und Subtraktionsaufgaben richtig gelöst, schwerere dieser Art und Multiplikations- und Divisionsaufgaben falsch oder gar nicht.

Die Prüfung der Kenntnisse, die schriftlich vorgenommen wurde, ergab folgendes:

(Erdteile): Ausland. (Monate): 12. (Tage des Jahres): 153. Monate vorwärts sagen richtig, rückwärts mit einigen Fehlern. (Letzter Krieg): 1914—18. (Bismarck): Kaiser. (Luther): evangelisch. (Weihnachten): Dezember. (Was wird gefeiert?): Ostern, Pfingsten. (Wann ist Christus geboren?): Bethelm. (Jahr): 1934.

Bei der Erklärung von Unterschieden erfaßte sie die Bedeutung des Unterschiedes überhaupt nicht, beantwortete z. B. Unterschied zwischen Fluß und Teich mit Rhein, zwischen Eiche und Tanne mit Baum und — wohl als Nachwirkung der Weihnachtsgeschichte — Kriest.

Erklärung von Sprichworten war ebenfalls unmöglich. Sie blieb an einem konkreten Gegenstand hängen, ohne die symbolische Bedeutung überhaupt zu merken. So: (Morgenstunde hat Gold im Munde) früh aufstehen. (Der Krug geht so lange zum Brunnen bis er bricht) Wasser. (Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm) Baum.

Einfache Gegenstände erkannte und benannte sie richtig. Das Erkennen etwas schwierigerer Bilder (Binetbilder) ging in Einzelheiten glatt, in den Zusammenhängen erst auf Vorhalt. Schöne und häßliche Gesichter wurden ohne weiteres unterschieden, fehlende Körperteile an Gesichtern und Gestalten sofort erkannt. Bei dem Versuch, einen Text, in dem einzelne Worte ausgelassen waren, zu ergänzen, völliges Versagen. Überhaupt stellte sich heraus, daß ihr abstrakte Begriffe fast völlig fehlten. Während sie bei konkreten Dingen die Oberbegriffe leidlich fand, z. B. Stuhl, Tisch: Möbel, Rock, Hose: Kleider, hatte sie bei Schneider, Schuhmacher, Schreiner schon Schwierigkeiten. Sie sagte: Beruf, Arbeiten, Kundschaft, während sie z. B. bei Tapferkeit, Mut, Feigheit, Geschwätzigkeit den Oberbegriff Eigenschaft überhaupt nicht fand und nur die einzelnen Eigenschaften als gut oder nicht schön oder bei Geschwätzigkeit: »Leute immer erzählen« bezeichnete. Auch das Finden abstrakter Begriffe, z. B. (Wie sollen Kinder zu ihren Eltern sein) oder (Wie soll ein Soldat sein) war ihr unmöglich; bei Soldat zählte sie alle möglichen Einzelheiten auf: 1914—18, schlimm, viele Gasbomben usw. Die optische Merkfähigkeit war dabei nicht schlecht. Von 9 Bernsteinfiguren wurden bei zweimaliger Prüfung das erstemal 6 richtige und 8 falsche und das zweitemal 7 richtige und 11 falsche Angaben gemacht.

Farben wurden richtig erkannt. Ein Zusammenlegspiel wurde nach einigem Probieren richtig gelöst, auch fortlaufende Bilderreihen leidlich richtig gedeutet.

Der schriftliche Ausdruck war ebenso agrammatisch wie der mündliche. Außerdem bediente sie sich einer durchaus willkürlichen Schreibweise. Bei den ganzen, für Patientin und Untersucher sehr anstrengenden Untersuchungen war sie absolut willig und zugänglich, erschien überhaupt von einer kindlich anmutenden Zugänglichkeit und Bereitwilligkeit.

Häufigen Geschlechtsverkehr bestritt sie, sie sei den ganzen Tag zu Hause zum Kochen, Putzen, Waschen.

Auf der Abteilung war sie im ganzen unauffällig, machte gelegentliche kleine Handreichungen, weinte auch einmal, trat aber sonst nicht hervor. Der Schlaf war gut.

Der Rorschachversuch ergab in einer stereotypen Weise fast ausschließlich Tierdeutungen, unter denen »Schmetterling« bevorzugt wurde.

Da nach dem Gutachten der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik die Taubstummheit der Patientin nicht auf angeborener Grundlage, sondern auf einer erworbenen Ohrenkrankheit beruht, so ist nunmehr die Frage zu prüfen, ob ihr Geisteszustand ein derartiger ist, daß man das Vorliegen eines Schwachsinns annehmen kann und ob dieser Schwachsinn auf angeborener Grundlage beruht, so daß bei ihrer Nachkommenschaft der Eintritt körperlicher und geistiger Erbschäden erwartet werden muß. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das Weltbild und die Breite des Erfahrungsmaterials bei einer in früher Kindheit ertaubten Person notwendig durch den Wegfall der durch das Gehör vermittelten Reize und Anregungen ein gegenüber dem Normalen stark eingeengtes ist. Andererseits hat Frl. Str. 8 Jahre lang Taubstummenunterricht in einer als gut bekannten Anstalt genossen, allerdings im Kriege, wo wie überall die Qualität gelitten haben dürfte.

Wie stellt sich nun der Geisteszustand des Frl. St. dar: Die psychiatrische Untersuchung hat ergeben, daß sie die konkreten Gegenstände des täglichen Lebens erkennt, mit ihnen umgehen kann, daß sie auch optisch gegebene Zusammenhänge auf Bildern einigermaßen, wenn es sich um schwierigere Begebenheiten handelt, allerdings nicht ohne Nachhilfe erfassen kann. Auffällig bleibt, daß sie das Ablesen vom Mund, das normalsinnige Taubstumme im allgemeinen lernen und behalten, nicht mehr kann. Nach dem Zeugnis aus der Anstalt C. müßte man annehmen, daß sie es wieder verlernt hat, trotzdem sie doch im täglichen Leben ohne Zweifel ständig Gelegenheit zur Übung dieser Fähigkeit hätte. Wahrscheinlich hat Frl. St. diese Fähigkeit nie in wirklich ausreichender Form besessen. Auffällig ist ferner, daß Patientin in ihrem Satzaufbau auf der Stufe eines 2—$2^1/_2$ jährigen Kindes steht. Sie spricht agrammatisch, d. h. sie setzt die Worte in ihrer Urform ohne Flexion und Konjugation nebeneinander. Sie spricht nur in Hauptsätzen. Dazu tritt ein fast völliger Mangel abstrakter Begriffe. Die Funktionen des Vergleiches und der Unterscheidung, der Inbeziehungsetzung zu einander sind ihr nicht klar zu machen. Dabei war die Verständigung mit dem Gutachter eine an sich gute, wie die Lösung zahlreicher Aufgaben zeigt. Daß ihre Kenntnisse minimale sind, wird man für die Diagnose Schwachsinn nicht verwenden können, aber die genannten Mängel der logischen Denkfähigkeit sind so hochgradig, daß über die Taubstummheit hinaus das Bestehen einer erheblichen geistigen Unterwertigkeit angenommen werden muß. Bestärkt wird diese Auffassung durch die Tatsache, daß Frl. St. gut lesen kann, aber außerstande ist, trotz wiederholten Lesens den Sinn einer verhältnismäßig einfachen Geschichte richtig zu erfassen und wiederzugeben. Sie zählt bei der Wieder-

gabe lediglich Einzelheiten auf. Zu diesen intellektuellen Mängeln treten eine Reihe anderer Eigenarten. Frl. St. hat sich hier als eine anpassungsfähige, zugängliche und leicht lenksame Persönlichkeit gezeigt. Diese ihre Beeinflußbarkeit, die die klinische Untersuchung erheblich erleichtert hat, hat sich im täglichen Leben als ein Mangel in ihrer Persönlichkeitsstruktur erwiesen. Die Schilderungen der Fürsorgerin und die früheren Hinweise auf ihre sexuellen Entgleisungen sind dafür kennzeichnend. Wie es mit ihren hauswirtschaftlichen Fähigkeiten steht, zeigt der Bericht der Fürsorgerin. Derartige Mängel treten natürlich in der geschützten, die Persönlichkeit vor solchen Aufgaben bewahrenden Umgebung der Klinik nicht hervor. Zusammenfassend muß also über den Geisteszustand des Frl. St. gesagt werden, daß bei ihr ein schwerer Mangel der sprachlichen und begrifflichen Entwicklung vorliegt, der allein durch die Taubstummheit nicht erklärt ist, sondern gerade angesichts ihrer sonstigen Gewandtheit und Ansprechbarkeit auf über die Taubstummheit hinausgehende, in der Hirnstruktur beruhende andersartige Mängel hinweist.

Es ist nun die Frage zu entscheiden, inwieweit diese Mängel in Zusammenhang stehen mit der früher durchgemachten doppelseitigen Ohrenerkrankung, also als Folge einer damals durchgemachten Hirnhaut- oder Hirnentzündung gedeutet werden können. Aus der Vorgeschichte ist nicht zu ersehen, ob bei Frl. St. anläßlich ihrer damaligen Ohrenerkrankung auch eine Hirnerkrankung bestand. Dagegen spricht, daß ihr Gleichgewichtsapparat normal erregbar ist und daß sich sonstige Abweichungen am Nervensystem nicht haben aufzeigen lassen. Die doppelseitige Ohrenerkrankung hat lediglich den Ohrenapparat gestört, den in nächster Nähe gelegenen Gleichgewichtsapparat jedoch intakt gelassen und auch zweifellos nicht zu einer Schädigung des Gleichgewichtsnerven geführt, der in engster Verbindung mit dem Hörnerven ins Zentralnervensystem eintritt. Der heutige Befund gibt also keinen Nachweis auf eine früher durchgemachte Gehirn- oder Hirnhautentzündung. Dagegen hat Frl. St. einen Bruder, der zwar als Kriegsbeschädigter angeführt wird, weil offenbar in seiner Kopfhaut einige Granatsplitter stecken, bei dem aber 6 Jahre nach dem Krieg eine geistige Erkrankung hervorgetreten ist, die zu deutlichen geistigen Veränderungen geführt hat. Ob es sich wirklich um eine Schizophrenie handelt, ist aus den Unterlagen nicht mit völliger Sicherheit zu entscheiden, jedenfalls kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß mindestens ein erheblicher Teil der geistigen Besonderheiten dieses Bruders auf angeborener Anlage beruht. In der sonstigen Familie sollen keine gröberen geistigen Abwegigkeiten hervorgetreten sein, was gegen die Annahme eines auf angeborenen Abweichungen beruhenden Zustandes nichts beweist. Bei Frl. St. selbst muß mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß sie 1. geistig in erheblichem Grade unterwertig ist, 2. daß diese Unterwertigkeit mindestens zum erheblichen Teil auf angeborenen Fehlern ihrer Hirnstruktur beruht. Daß sie diese Mängel an evtl. Nachkommen weiterzugeben imstande ist, muß auch angesichts ihrer sonstigen psychopathischen Eigenarten erwartet werden.

Ich komme somit zu folgendem Schluß:

Frl. Auguste St. leidet an erworbener Taubstummheit, aber an angeborenem Schwachsinn in Verein mit angeborenen psychopathischen Eigenarten. Ihr Zustand ist derart, daß mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bei evtl. Nachkommen schwere körperliche und geistige Erbschäden erwartet wer-

den können. Sie erfüllt somit die Voraussetzung des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Den sachlichen Ausführungen des Gutachtens ist nichts mehr hinzuzufügen, dagegen erscheinen einige allgemeine Bemerkungen erforderlich:

Das zentrale Problem des Taubstummenunterrichts ist, wie das angesichts des Defektes natürlich erscheint, die Übermittlung der Sprache; im Handbuch des Taubstummenwesens hat diese Einsicht einen ausführlichen Niederschlag gefunden. *Frohn* hat in seinen, auch für die Psychologie der Sprachentwicklung interessanten Darlegungen nachgewiesen, daß der heranwachsende Taubstumme durch seine Hörunfähigkeit an der konkreten Wortbedeutung hängen bleiben muß und weit schwerer und später, als das normale Kind die höheren Stufen der Beziehungserfassung und der symbolhaften Wortbedeutung erreichen kann. »Der Taubstumme wendet sich rein gewohnheitsmäßig dem Konkreten zu« (*Frohn*). *Ernst Huber* hebt ausdrücklich hervor, daß Agrammatismus wohl durchweg in Zusammenhang mit Intelligenzdefekt steht, und daß schlechte Sprecher meist schlechte Ableser sind. Die Defekte bei Frl. St. sind somit Ausdruck gesetzmäßiger Zusammenhänge; Ableseunfähigkeit und Agrammatismus sind mit dem Mangel an abstrakten Begriffen und der Unfähigkeit zu abstrahierender Denkfunktion überhaupt gesetzmäßig verknüpft. Offenbar sind diese Funktionen hirnphysiologisch sehr eng miteinander gekuppelt, so daß mangelhafte Entwicklung der einen Fähigkeit die Ausbildung der anderen hemmt. Auch beim Erwachsenen bestehen derartige Beziehungen, die in Theorie *Goldsteins* und *Gelbs* vom Verlust des kategorialen Verhaltens bei aphasischen Störungen ihren Ausdruck fanden, wenn auch beim Erwachsenen zweifellos Sprachverlust nicht mit Begriffsverlust identifiziert werden darf (*Kleist*). So bildet die hirnpathologische Analyse solcher und ähnlicher Entwicklungsstörungen des Sprach-, Begriffsapparates eine wertvolle Ergänzung für die Kenntnisse der normalen Sprach- und Begriffsentwicklung, ein kleines Beispiel für die wissenschaftliche Anregung, die das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses auf den verschiedensten Gebieten gebracht hat.

Schrifttum.

1. *Frohn:* Bl. f. Taubstummenbildung, 42, 1929.
2. *Ernst Huber, Vahle:* Handbuch d. Taubstummenwesens. Osterwieck 1930.
3. *Kleist:* Hirnpathologie, Leipzig, Barth, 1934.
4. *Künburg:* Arch. f. Psychologie, 76, S. 257.
5. *Nadoleczny:* Sprach- und Stimmheilkunde, Fortschr. d. Neurol. und Psych.
6. *Strohmeyer:* Angeborene u. im frühen Kindesalter erworbene Schwachsinnszust., Bumkes Handbuch, Bd. 10.
7. *Ziehen:* Geisteskrankh. im Kindesalter, Berlin, Reuther & Reichardt 1926.

Aus der Staatsanstalt für Geistes- u. Nervenkranke Kobierzyn bei Kraków
(Direktor: Dr. *W. Stryjeński*).

Über den Einfluß der atmosphärischen Veränderungen auf die epileptischen Anfälle.

Von
Juljan Dretler.

(Mit 7 Figuren auf 1 Tafel.)

Parallel zur Vertiefung unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der Meteorologie gehen auch unsere Erfahrungen über den Einfluß der atmosphärischen Veränderungen auf physiologische und pathologische Erscheinungen von den mystisch anmutenden Theoremen der Volksmedizin herüber in die Domäne der wissenschaftlichen Forschung über. Wenn Betrachtungen über den Einfluß von Kälte, Feuchtigkeit oder Mondphasen auf biologisches Geschehen, die sich manchmal zur »offiziellen« Medizin durchgebracht hatten, noch unlängst nur zu vagen, sich oft widersprechenden Tatsachen führten, so ermöglicht dagegen die Berücksichtigung der physiko-chemischen und aerodynamischen Verhältnisse der Atmosphäre eine präzisere Erfassung vieler krankhafter Verläufe (wie dies *de Rudder* für die somatischen und *Blum* für die psychischen Erkrankungen zu zeigen sich bemüht haben).

In Bezug auf epileptische Anfälle muß man feststellen, daß, obwohl viele Studien diesem Problem gewidmet wurden, manche von ihnen keinen Anspruch auf wissenschaftliche Bearbeitung der Meteorologie haben können, während in anderen krasse statistische Fehler begangen wurden, indem sie sich auf der Beobachtung von einer geringen Anzahl von Kranken *(Halbey, Lomer, Lombroso)* oder solchen, die während einer zu kurzen Zeitperiode beobachtet wurden, stützen *(Gallus, Lomer, Reich)*; oder endlich wurde die meteorologische Seite des Problems zu sehr vernachlässigt, indem sie ein oder nur wenige Elemente berücksichtigten (Elektrizität, Wärme u. desgl.) *(Kähler, Sokolow, Delasiauve, Laurette* u. a.), sie haben also für weitere Bearbeitung keine endgültige Bedeutung. Erst die genannten Forscher wie auch *Meyer* und später *Bruckmüller* (zit. nach *Neubürger)*[1]), die besser im

[1]) Die Studie von *I. Bruckmüller*, die ich erst nach Beendigung dieser Arbeit im Original lesen konnte (Z. Neur. 151, H. 4—5, S. 690), berichtet nur über diejenigen Status, die mit Tod endeten.

Gebiet der theoretischen und angewandten Meterologie bewandert waren, bemühten sich diesem Problem etwas näher zu kommen. An dieser Krankheitsgruppe erscheint es besonders verlockend, alle möglichen Einwirkungen der Umwelt auf die Auslösung der epileptischen Anfälle, einer genauen Untersuchung zu unterwerfen, da die konstitutionellen und erblichen Faktoren, denen in letzter Zeit so viel Augenmerk gewidmet wurde, speziell bei dieser Krankheitsgruppe zu sehr widersprechenden und (im allgemeinen) skeptischen Resultaten führten. In folgender Studie sollen die Ergebnisse der genannten Forscher nachuntersucht werden, und zwar besonders in dieser Hinsicht, ob dieselben atmosphärischen Erscheinungen, die in verschiedenen Gegenden Deutschlands, der Schweiz u. a. einzelne Anfälle oder die Status epileptici auslösen, oder mit ihrer Häufigkeit im Zusammenhang stehen, auch im südwestpolnischen Klima maßgebend sind.

Unser Material stützt sich auf mehr als 28000 Anfälle, die im Zeitraum von fünf Jahren (1. VII. 1929—30. VI. 1934) täglich in der Anstalt notiert wurden, sowie auf 244 Status epileptici (ohne Rücksicht darauf, ob sie letal verliefen, oder unter Einwirkung von Arzneien, evtl. spontan mit Erhohlung endeten), die im erwähnten Zeitraum beobachtet wurden. Es wurden insgesamt 139 Epileptiker untersucht. Das ganze Material ist einheitlich gewählt worden, alle epileptischen Anfälle, die als Symptome anderer Krankheiten bewertet worden sind (z. B. Arteriosklerose, posttraumatische Narben, Hirngeschwülste u. a.), wurden ausgeschieden und nur solche in Betracht gezogen, die der sog. genuinen Epilepsie angehören. Auch alle Äquivalente, petits maux, psychische Erscheinungen u. a. sind in folgenden Analysen nicht berücksichtigt worden.

Die erste Tabelle gibt einen Überblick über Anfälle und Status aller beobachteten Kranken in Dekaden berechnet. Befinden sich an etwaiger Stelle dieser Tabelle (sowie in der II. Tabelle) zwei oder drei Zahlen, so bezieht sich die obere auf die isolierten Anfälle, von den unteren die gewöhnliche auf die entwickelten Status epileptici, während die in Klammern diejenigen Status zeigt, die durch Medikamente kupiert wurden und nicht mehr als 7—8 nacheinander folgende Anfälle zeigten.

Bevor diese Tabelle besprochen wird, müssen eventuelle Fehler, die in dieser Tabelle vorkommen (nicht diejenigen, die vom theoretischen Standpunkt her die prinzipielle Bedeutung der Tabelle entwerten), in Betracht gezogen werden. Zwei Punkte sollen angeführt werden: die niedrige Anfallszahl im Januar, Februar und der ersten und zweiten Dekade von März im Jahre 1933, sowie die sehr hohe Anfallszahl in der ersten Dekade von April 1930. Die niedrige Anfallszahl kann mit der Verabreichung eines (für die Kranken) neuen Medikamentes in Zusammenhang gebracht werden; nach mehreren Proben wurde das tartarum boraxatum allen

I. Tabelle.

Monat	Dekade	Jahr					
		1929	1930	1931	1932	1933	1934
Januar	I.	—	115	209 3	177 (1)	72 (1)	187 (2)
	II.	—	165	151 (1)	163 1	89	203 (2)
	III.	—	235 (2)	157 (2)	231 7(1)	99 1	212 (1)
Februar	I.	—	170 1	206 4	191 1	81 3	232 (1)
	II.	—	150	172 1	203 (1)	54 1	217 1
	III.	—	147 (1)	75 (3)	89 (1)	81	228 5
März	I.	—	195 (3)	161 (2)	136 1(1)	99	224 2(1)
	II.	—	155	199 2	278 (2)	88 2	242
	III.	—	149	146	202 (2)	132 (1)	231 (2)
April	I.	—	238 (2)	97	170 (1)	109 1	168 1
	II.	—	162 (1)	127 (3)	197	113 (4)	174 2
	III.	—	142 (1)	110	237 (3)	127 3(1)	152 1
Mai	I.	—	132 1	150	224 (1)	147 (2)	172 (1)
	II.	—	164 1(2)	261 1(3)	205	153 (2)	186
	III.	—	268 (3)	129 (1)	207 4(4)	126 (1)	273 2
Juni	I.	—	237 (2)	113	174 3(2)	101 (1)	164 (2)
	II.	—	130 (1)	136	173 1	103 (1)	196 (1)
	III.	—	162 1	155 (3)	182 (1)	91	216 3
Juli	I.	69	92	132	157	120 (2)	—
	II.	97	168 1(3)	141	229 (1)	121 3	— —
	III.	130 1(1)	153 1	139 (2)	196	138 (2)	—
August	I.	27 4(1)	135	148	207	74	—
	II.	129 1(1)	155 (1)	124	210	106 (2)	—
	III.	180	179	164 (2)	245 1(1)	148 (1)	— —
September	I.	57	137 (2)	167	189 1	134 (3)	—

Monat	Dekade	Jahr					
		1929	1930	1931	1932	1933	1934
September	II.	84 (1)	179	179	176	138 1	—
	III.	79 1	166 (1)	242 6	194 (2)	136	—
	I.	126 (2)	182 1(1)	138 2	170	183 (1)	—
Oktober	II.	131	196 1(2)	145	179	145	—
	III.	153	167 2	127	274	235 (2)	—
	I.	149 (1)	154 1	162 (4)	221 (1)	206 1	—
November	II.	119	133	145	175	127	—
	III.	85	202 (3)	160	180 (1)	83 1	—
	I.	108 (1)	134 1	121	151	122 (2)	—
Dezember	II.	116 (1)	179 (2)	148 (2)	147	131	—
	III.	111	161 (2)	142 (1)	130 1	189 (1)	—

Epileptikern dargereicht. Man konnte im Massenexperiment, wie früher bei sporadischen Voruntersuchungen, beobachten, wie dieses Mittel zuerst wirksam, dann aber immer harmloser wurde. Der Anfallsanstieg in der zweiten genannten Periode muß aus weiteren Betrachtungen ausgeschieden werden, denn er wurde durch einen Zufall verursacht: durch ein Mißverständnis hatten die Kranken eine salzreiche Diät genossen und dann viel Wasser getrunken (es soll dahingestellt bleiben, ob hier eine Salz- oder Wasser»vergiftung« vorlag). Menstruationen die in einzelnen Fällen die Anfallshäufigkeit beeinflussen, spielen in dieser Tabelle keine größere Bedeutung, denn fast in jeder der beobachteten Zeitspannen hatte eine der Kranken die Menses gehabt, so daß man diesen Fehler stets in allen Dekaden der I. Tabelle findet, wodurch die gesamte Anfallszahl im gleichem Maße beeinflußt wird.

Wir bemerken zuerst, daß die gesamte Anfallszahl in jedem Jahre großen Schwankungen (bis 1000) unterliegt. Die Zahl der Kranken ist fast immer die gleiche, ganz frische Fälle (die im Jahre 1934 in die Anstalt kamen) wurden nicht mehr berücksichtigt. Hätte sich die Anfallszahl mit der Zeit gleichmäßig vergrößert, so könnte dies mit der fortschreitenden Verschlimmerung des Zustandes im Zusammenhang stehen. Dies ist aber nicht der Fall. Zu dieser Tatsache werden wir noch später zurückkehren müssen. Es fällt auf, daß eventuelle Schwankungen der Anfallszahl in zyklischen »kosmischen« Erscheinungen, wie Jahreszeiten oder Monderscheinungen nicht bestehen. Spezielle Tabellen sollen

hier, da sie zu negativen Schlüssen führen, nicht dargeboten werden. Aus der beigefügten Tabelle kann man nur lesen, daß Höhen und Tiefen in der Anfallshäufigkeit unregelmäßigen, aber nichts destoweniger tatsächlichen und bedeutenden Schwankungen unterliegen.

Die Status epileptici sind auch in einzelnen Zeitabschnitten zusammengruppiert. Sie fallen mit den Anfallshöhen im allgemeinen zusammen, sie erscheinen aber auch manchmal in Zeiten, in denen keine Anhäufung der Anfälle angedeutet ist (zweite Dekade August 1929, erste Dekade Mai 1930, die Status im Oktober 1930, erste Dekade von Juni 1932, dritte Dekade Januar 1933, erste Dekade Februar 1933, dritte Dekade April 1933, und zweite Dekade Juni desselben Jahres). Interessant ist das Verhältnis derjenigen Status, die sich leichter oder schwerer kupieren lassen, so daß nicht mehr als 7—8 Anfälle bei ein und denselben Kranken erscheinen, zu denjenigen, die trotz derselben oder noch energischeren Behandlung weiter fortliefen und sich durch 40, manchmal 60 nacheinanderlaufende Anfälle kennzeichneten. Aus dieser Tabelle gehen diese Eigentümlichkeiten nicht so deutlich hervor, wie aus der II. Tabelle, die manche Regelmäßigkeiten aufzuweisen imstande ist.

Diese Tabelle jedoch, die einen generellen Überblick darbietet, hat mehrere Fehler, die eine genauere Analyse des vorliegenden Problems unmöglich machen. So bequem die Übersicht ist, so vernachlässigt die Tabelle das Individuelle, das in diesem speziellen Fragenkreis von größter Bedeutung ist. Erstens wissen wir aus dieser Tabelle nicht, ob an allen Tagen oder Dekaden alle Anstaltspatienten ihre Anfälle gehabt haben. Die Differenzen in der Anfallszahl können dadurch entstanden sein, daß in einer Zeitperiode z. B. nur 35, in einer anderen dagegen 100 Epileptiker Anfälle aufgewiesen haben. Die I. Tabelle berücksichtigt auch nicht den individuellen Verlaufstypus der Epilepsie; wenn einer viele Anfälle, aber periodisch aufweist, der andere dagegen systematisch in denselben Zeitfristen wenig Anfälle produziert, so bekommen wir in der Summe eine periodische, mehr oder wenige regelmäßige Anhäufung der Anfallszahl. Man könnte zwar in größerem Material von diesem Fehler, als unbedeutend absehen, aber sind in der Anstalt nur 5—6 solche Kranke mit periodischen Attacken, so kann der Fehler schon recht bedeutend sein. Außerdem wissen wir, daß Kranke, die seit langem an Epilepsie leiden, leichter und öfters Anfälle haben als diejenigen, die erst seit kurzem der Krankheit zum Opfer fielen; das Zusammenrechnen beider Krankheitsarten kann auch zu Fehlern führen. Es sollen daher weitere Tabellen angeführt werden, um methodologische Unexaktheiten zu vermeiden.

In dieser Tabelle wird die Anfallshäufigkeit bei 10 Kranken in Dekaden während eines Jahres berechnet, eventuelle Fehler dieser Tabelle werden später besprochen werden; diese Tabelle soll nur einige Fragen beantworten. Man bemerkt gleich, daß Kranke, die lange an Epilepsie leiden, weniger Schwankungen

II. Tabelle.

Monat	Dekade	Kranke 1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Januar	I.	1	3	2	2	2	1	2	2	1	1
	II.	1	2	2	1	0	1	1	2	1	1
				(1)							
	III.	3	5	3	3	2	2	1	1	1	1
			1			(1)			1		
Februar	I.	3	2	2	1	2	1	1	1	2	2
	II.	3	2	2	2	3	1	2	1	2	2
					(1)						
	III.	1	2	1	0	0	1	2	3	0	1
März	I.	2	0	2	1	2	1	1	2	1	1
			1			(1)					
	II.	5	3	4	4	5	2	2	1	0	1
	III.	2	2	3	2	4	0	1	2	1	1
				(1)							
April	I.	1	1	2	2	0	2	2	2	3	2
	II.	3	4	2	1	1	3	1	1	1	1
	III.	5	3	2	5	4	2	1	3	1	1
		(1)									
Mai	I.	5	2	3	5	6	2	1	0	2	1
	II.	7	1	2	2	4	2	2	1	2	1
	III.	2	1	3	2	3	2	2	1	2	2
				(1)	1	1	(1)	(2)		1	1
Juni	I.	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1
		(1)			1			1			
	II.	1	2	1	3	0	2	1	1	2	1
	III.	2	1	3	2	2	1	1	1	1	2
Juli	I.	0	2	4	0	0	2	1	2	1	1
	II.	4	3	3	4	5	2	2	2	2	2
	III.	3	2	2	2	3	1	1	2	1	2
											1
August	I.	2	1	3	2	2	3	2	1	2	3
											1
	II.	3	4	3	2	1	2	2	2	1	1
	III.	5	3	7	2	2	3	2	1	2	1
				(1)							
September	I.	2	0	3	1	2	1	2	1	2	1
	II.	3	2	3	3	2	1	2	0	1	1
	III.	2	3	2	1	3	2	3	2	1	2
Oktober	I.	2	2	3	2	1	3	2	2	1	1
	II.	1	3	2	2	3	2	3	3	0	1
								1			
	III.	6	4	5	8	4	3	3	2	2	1
					(1)						
November	I.	4	2	3	5	3	2	2	1	1	1
		(1)									
	II.	2	1	2	3	2	0	1	0	1	2
	III.	2	2	3	2	2	2	1	1	0	2
Dezember	I.	2	1	2	0	2	1	2	2	1	2
	II.	2	2	0	0	1	3	1	2	0	1
	III.	0	3	1	1	3	2	1	2	1	1
	Krankheitsdauer: Jahre	2	3	4	3	5	9	12	14	17	18

Erläuterung der Figuren 1—7.

——— Temperatur in °C. Mittelwert aus 24 Stunden

— — — — Barometer bei 0°C. „ „ „ „

—.—.—.— Wasserdampfspannung in %

→ Windrichtung

↓ Status epilepticus

Schwarze Säulen: Niederschlagsmengen in 24 Stunden

Ziffern am Oberrand: Zahl der isolierten Anfälle. — Doppelte Zahlen in Figur 7 werden im Text erläutert.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 108.

Zu Juljan Dretler „Über den Einfluß der atmosphärischen Veränderungen auf die epileptischen Anfälle".

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.



als diejenigen, die seit kurzer Zeit krank sind, in der Anfallshäufigkeit zeigen. Mustert man die Zeitabschnitte, in denen keine größere Häufigkeitszunahme der Anfälle bei den ersten fünf Kranken sich bemerkbar macht, so ist die Gesamtzahl der Anfälle bei »alten« und »frischen« Kranken ungefähr gleich; wogegen die Schwankungen, die bei den »frischen« vorkommen, bei den chronischen fast stets ausbleiben. Es sind auch bei diesen Kranken manche, wenn auch unbedeutende Schwankungen vorhanden, sie sind aber, wie aus anderen Betrachtungen hervorgehen wird, nicht derselben Art, wie die Schwankungen der ersten bis fünften Kranken. Genauere Betrachtungen in anderen Jahren lehren, daß es vorzugsweise die Schwankungen bei frischen Epileptikern sind, die die großen Unterschiede in der gesamten Anfallszahl (s. I. Tabelle) bewirken.

Man bemerkt an speziell begrenzten Zeitperioden ein deutliches Zunehmen der Anfälle, das, wenn auch nicht bei allen, so doch bei vielen berücksichtigten Kranken festzustellen ist, und zwar: die III. Dekade im Januar (III. D. I.), II. D. III., III. D. IV., I. D. V., II. D. VII, III. D. VIII., III. D. X., I. D. XI. Außer dieser weit überholenden Mehrzahl beobachteter Häufigkeitszunahme, bemerkt man sporadisch bei manchen Kranken eine Anfallssteigerung, die bei anderen Kranken nicht feststellbar ist. Beim zweiten Kranken bemerkt man es in: II. D. IV., II. D. VIII.; beim dritten Kranken in: I. D. VII. Außerdem findet man bei manchen Kranken nach einer hohen Anfallszahl noch häufigere Anfälle, die bei anderen vermißt werden: 1. Kranke — I. D. IX., 4. Kranke — I. D. IV., 5. Kranke — II. D. V.

Die Status epileptici sind auch in dieser Tabelle deutlich gruppiert, die Gruppen entsprechen im allgemeinen denjenigen der I. Tabelle. Das Augenmerk soll nur auf einige Einzelheiten gelenkt werden: die Status fallen auch hier im allgemeinen mit der größeren Anfallshäufigkeit zusammen. Die Zahl der kupierten Anfälle ist bei den ersten fünf Kranken viel größer, als bei den weiteren fünf; wogegen die Zahl der nicht kupierten bei beiden Gruppen fast dieselbe ist. Man bemerkt auch, daß die kupierten Anfälle in überwiegender Mehrzahl mit der großen Anfallshäufigkeit zeitlich nicht zusammenfallen. Die Bedeutung dieser interessanten Tatsache wird noch an speziellen Kurven erläutert werden.

Aber auch in dieser Tabelle kann man noch manche Unklarheiten und Fehler finden. Die Dekaden können keinen genaueren Überblick über die Anfallsschwankungen geben, denn man weiß nicht, ob die angegebene Zahl der Anfälle an einem Tag der ganzen Dekade, oder an verschiedenen, oft durch mehrtägige Frist getrennten Tagen vorgekommen ist. In dieser Tabelle kann man auch nicht ablesen, ob mehrere Kranke, die eine Anfalls-

III. Tabelle.

Datum	Kranke Nr.											
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
17. I. 1931	3	2	1	–	–	–	1	–	–	1	–	–
18. I. 1931	4	3	2	2	1	1	–	1	–	–	–	1
19. I. 1931	7	4	2	4	3	2	–	–	–	–	1	–
20. I. 1931	2	1	5	5	4	3	2	2	1	–	–	–
21. I. 1931	1	1	7	2	2	7	3	2	2	1	–	1
22. I. 1931	–	–	2	1	–	2	5	2	3	–	1	–
23. I. 1931	–	–	–	–	–	–	2	4	5	2	2	–
24. I. 1931	1	–	–	–	–	–	–	2	2	3	3	3
25. I. 1931	–	1	–	2	2	–	–	1	1	4	1	4
26. I. 1931	1	–	–	–	–	–	1	–	–	2	4	6
27. I. 1931	–	–	2	–	2	–	–	–	–	1	5	2
28. I. 1931	1	–	–	1	–	1	–	1	–	–	7	1
29. I. 1931	1	1	–	–	2	–	1	–	2	1	2	–
17. IV. 1932	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	4
18. IV. 1932	–	–	1	–	1	1	–	–	2	5	5	3
19. IV. 1932	1	2	–	–	–	–	2	3	3	3	3	1
20. IV. 1932	–	–	–	–	1	–	1	2	5	5	–	–
21. IV. 1932	1	–	1	2	–	2	5	4	3	2	1	2
22. IV. 1932	–	1	–	1	–	5	7	2	1	–	–	–
23. IV. 1932	3	–	2	2	3	2	2	1	–	–	–	1
24. IV. 1932	–	2	–	4	7	2	1	–	–	–	–	2
25. IV. 1932	4	6	4	2	6	–	3	–	1	–	–	–
26. IV. 1932	7	1	5	–	2	–	–	–	–	–	1	–
27. IV. 1932	–	1	3	1	–	–	–	1	1	–	1	1
28. IX. 1933	3	–	5	–	2	–	1	–	–	–	2	1
29. IX. 1933	1	2	3	–	1	2	5	–	–	3	4	3
30. IX. 1933	–	4	7	3	2	1	7	3	4	1	–	1
1. X. 1933	2	2	1	5	–	2	3	–	1	–	–	1
2. X. 1933	1	1	–	2	–	1	2	–	–	3	1	1
3. X. 1933	–	5	–	3	2	3	1	–	–	–	2	–
4. X. 1933	3	2	–	1	–	5	–	5	–	2	–	1
5. X. 1933	5	–	–	2	–	–	2	2	–	–	–	1
6. X. 1933	2	–	2	1	–	–	–	1	2	–	2	2

häufigkeit in einer Dekade aufweisen, an denselben Tagen dieser Dekade ihre Anfälle haben, oder ob sie an verschiedenen Tagen derselben Dekade ihr Anfallsmaximum durchmachen — wodurch natürlich die Endergebnisse gänzlich verschleiert werden können. Eine Antwort auf diese Fragen gibt die III. Tabelle, in der während größeren Zeitabschnitten täglich 12 Kranke gezeigt werden.

Wir haben in der III. Tabelle 12 verschiedene Kranke, bei denen täglich an drei verschiedenen Zeitperioden die Anfälle registriert werden. Wir sehen da, daß in einer und derselben Dekade verschiedene Kranke an verschiedenen Tagen das Anfallsmaximum durchmachen. In der ersten Zeitperiode kann man ziemlich

deutlich drei Gruppen von Kranken aussondern: diejenigen, die ihr Anfallsmaximum zwischen 17. 1. und 20. 1. durchmachen, solche, die es zwischen 21. und 25. haben, und die dritten endlich, die in den letzten Tagen dieser Zeitperiode die höchste Zahl der Anfälle zeigen. In der zweiten Zeitperiode kann man auch drei Gruppen aussondern, in denen jedoch umgekehrt, die zur ersten Gruppe gehörenden in den letzten Tagen der genannten Zeitspanne, wogegen die aus der dritten Gruppe an den ersten Tagen ihr Anfallsmaximum durchmachen. In der dritten der genannten Zeitperioden kann man keine Aussonderung spezieller Gruppen durchführen, da die Anfälle völlig unregelmäßig verlaufen, und eine Gruppierung, die derjenigen der ersten zwei Perioden entsprechen würde, kann nicht durchgeführt werden.

Wendet man sich diesen Kranken zu, so ergibt sich eine interessante Tatsache in Hinsicht auf ihren vegetativen Status, der nach dem Verfahren von Danielopolu-Carniol, Aschner-Dagnini u. a. untersucht wurde. Man fand nämlich, daß:

Nr.	1.	dem	hypervagotonen	Typus	,
„	2.	„	„	„	,
„	3.	„	„	„	,
„	4.	„	„	„	,
„	5.	„	hyperamphotonen	„	,
„	6.	„	„	„	,
„	7.	„	„	„	,
„	8.	„	„	„	,
„	9.	„	hypersympathikonen	„	,
„	10.	„	„	„	,
„	11.	„	„	„	,
„	12.	„	„	„	

gehören. Der vegetative Status also kann Grundlage spezifischer Gruppierungen in speziellen Zeitperioden sein; es gibt aber auch Zeitperioden, wo eine solche Gruppierung völlig versagt. Es ergibt sich aus dieser Tabelle, daß Kranke an verschiedenen Tagen derselben Dekaden ihr Anfallsmaximum haben, so daß sie mehreren Gruppen II. Ordnung zugeteilt wurden. Wie sich aber diese Gruppen II. Ordnung zu atmosphärischen Veränderungen verhalten, wird später erläutert werden.

Nach all diesen Erwägungen können wir zu speziellen Untersuchungen über eventuelle atmosphärische Einflüsse auf die Anfälle übergehen. Am besten wäre es, auf einer großen Tafel die Kurven der atmosphärischen Veränderungen aufzuzeichnen und mit eventuellen Schwankungen der Anfallshäufigkeit zu vergleichen. Dies ist jedoch aus technischen Gründen undurchführbar; es sollen daher nur einige Beispiele graphisch dargestellt werden, wogegen alles andere im Text besprochen werden soll.

Figur 1 zeigt atmosphärische Veränderungen zwischen 25. Mai und 6. Juni 1930[2]). Aus den Temperatur-, Barometer- und Wasserdampfspannungskurven ist zu schließen, daß sich in dieser Zeitperiode mehrere Wandlungen vollzogen haben. In den ersten drei Tagen sprechen die Kurven für das Bestehen der Okklusionszyklone, in den weiteren vier Tagen stellt man eine typische Äquatorialfront, der Spuren von Warmschalen folgen, um nach einigen undeutlichen Schwankungen in eine typische Kaltfront überzugehen. Die Steigerung der Anfälle sieht man nicht an speziellen Zeitpunkten, sondern an allen schnellen Übergängen; sowohl bei Okklusionszyklonen wie bei der Äquatorialfront (Anfallsmaximum), wie auch endlich bei der Kaltfront, obwohl da die Anfallszahl niedriger als anderswo ist. Bemerkenswert ist auch, daß an keinem dieser Tage ein Status epilepticus vorkam. Diesen atmosphärischen Verhältnissen entsprechen auch Häufigkeitszunahmen der Anfälle: II. D. IX. 1931, I. D. I. 1932, III. D. X. 1932 und I. D. X. 1933. Natürlich sind die Kurven an den erwähnten Zeitspannen nicht identisch, sie haben aber denselben Charakter: durch ein Okklusionszyklon, vorangegangene Äquatorialfront, der eine Kaltfront folgt.

In Figur 2 haben wir einen anderen Verlaufstypus: der Äquatorialfront folgt eine typische Warmfront. Das Anfallsmaximum fällt genau in die Übergangsperiode der beiden Fronten. Zu dieser Zeit erscheinen auch mehrere Status epileptici, von denen zwei mit der Spitze der Äquatorialfront zusammentrafen. Öfters als die Status entsprechen diesen atmosphärischen Geschehen die Häufigkeitsschwankungen der Anfälle, man findet sie nur in I. D. I. 1931, II. D. V. 1933, aber schon ohne begleitende Status epileptici.

Einen anderen Verlaufstypus der atmosphärischen Veränderungen versinnbildlicht Figur 3. Einer deutlichen Äquatorialfront, die drei Tage hindurch dauert, folgt eine deutliche Warmschale. Das Anfallsmaximum fällt auf den Übergang beider atmosphärischen Phänomene. Status epileptici werden weder in dieser noch in anderen Zeitperioden, die den beschriebenen analog sind, beobachtet: I. D. XI. 1929, III. D. I. 1930, III. D. III. 1934.

Figur 4 zeigt einen Übergang von einer indifferenten Phase in eine deutliche Äquatorialfront, die nachher in eine typische Kaltfront übergeht. Epileptische Anfälle sind in der ganzen aufgezeichneten Zeitperiode häufig, das Anfallsmaximum jedoch fällt auf den Tag des Anwachsens der Äquatorialfront und der Kaltfronthöhe. Einen Tag vor der Erscheinung der Kaltfront trifft

[2]) Meteorologische Daten wurden den Archiven der Krakauer Sternwarte (Obserwatorjum Astronomiczne Uniwer. Jagiell. Kraków) entnommen.

man einen Status epilepticus. Diesen atmosphärischen Erscheinungen entsprechen Anfallshäufungen in: II. D. X. 1930, II. D. III. 1931, III. D. VIII. 1932 und III. D. X. 1933.

Im ersten Teil der Figur 5 sieht man völlig untypische atmosphärische Erscheinungen, die vielleicht als eine Mischung von Warmfront und Warmschale zu deuten sind. Man trifft da reichliche Anfälle und einen Status. Im zweiten Teil dieser Figur sieht man einen Übergang von Okklusionszyklonen in eine Äquatorialfront, die dann rasch wieder in eine Warmschale (mit angedeuteter Warmfront) übergeht. Besonders in diesem Übergang bemerkt man das Anfallsmaximum und mehrere Status epileptici. Solchen Verhältnissen entsprechen die großen Anfallsschwankungen im März desselben Jahres, wie auch in III. D. XI. 1932, III. D. IX. 1931, I. D. VI. 1931 und I. D. VIII. 1929.

Einen raschen Übergang der Kaltfront in eine Warmfront, die kurz dauert, einen dreitägigen Okklusionszyklon und nachher untypische Warmfront bildet, zeigt Figur 6. Man sieht während dieser ganzen Zeitspanne eine größere Anfallshäufigkeit, doch die höchste Anfallszahl findet sich im Übergang der Okklusionszyklone in die Warmfront. An diesem Tag, wie auch an zwei vorangegangenen, findet man drei Status epileptici. Diesem atmosphärischen Verlaufstypus entsprechen die Häufigkeitszunahmen der Anfälle an: III. D. V. 1930, I. D. II. 1931, III. D. I. 1932, II. D. V. 1933 und II. D. III. 1934.

Allen anderen Anhäufungen von Anfällen entsprechen entweder keine nennenswerten atmosphärischen Veränderungen oder solche, deren große Kompliziertheit keine genauere Analyse zuläßt. Außerdem soll noch einiges über die Status berichtet werden. *Bruckmüller* fand sie vorzugsweise an Perioden der Kaltfronteinbrüche, dies war in unserem Material nicht der Fall[3]). Man fand sie sowohl an den Kaltfronteinbrüchen, an Warmfronttagen, wie auch (wenn auch nicht am häufigsten) an Äquatorialeinbrüchen. Es fiel außerdem auf, daß diejenigen Status, die sich durch Eingriffe kupieren ließen, an anderen Tagen entstanden waren, als andere (v. Tabelle II); es waren Tage, an denen keine plötzlichen oder deutlichen Übergänge einer Front in die andere notiert wurden, Tage von atmosphärischer Stille. Diese Tatsache ist so frappant, daß sie größte Vorsicht erfordert, und bevor eventuelle Bestätigungen sie nicht als einen Zufall entlarven, keine Stellungnahme erlaubt.

Wie schon bei den Status epileptici erwähnt wurde, stimmen unsere Ergebnisse mit denjenigen früherer sowie zeitgenössischer Forscher nicht überein. Es scheint jedoch, daß man in diesem

---

[3]) S. Anmerkung 1.

Falle die Widersprüche der Ergebnisse als selbstverständlich annehmen muß. Wenn die Ausgangsbedingungen eines Experiments ungleich sind, so müssen sich die Einwirkungen, die zu demselben Endresultat führen, von Fall zu Fall ändern. Wenn also der epileptische Anfall in verschiedenen geographischen Breiten und Längen erscheint und atmosphärischen Einflüssen (posito casu) unterliegt, so müssen sich im konstanten Klima A andere Erscheinungen geltend machen, als im Klima B, um denselben Effekt, d. i. den Anfall in solcher oder anderer Weise zu beeinflussen. Es scheint demnach, daß eben die verschiedenen Ergebnisse zu dem Schluß führen müssen, daß hier »etwas an der Sache sein muß«. Nur eine Zusammenarbeit an verschiedenen Orten und ungleichen klimatischen Verhältnissen können der Frage etwas näher kommen, was es eigentlich für Veränderungen sind, die mit den Häufigkeitsschwankungen der epileptischen Anfälle im Zusammenhang stehen.

Aber über eine Tatsache ist noch zu berichten, die die Endresultate eventuell trüben könnte: Hat man Zusammenhänge der Anfallszunahme mit atmosphärischen Veränderungen im bejahenden Sinne gefunden, so ergibt sich die Frage, ob die Verminderung der Anfälle, die an manchen Tagen sehr deutlich ist, nicht etwa auch mit atmosphärischen Veränderungen in Parallele gebracht werden kann. Leider muß die Frage trotz mehrerer Bemühungen ohne positive Antwort gelassen werden. Verschiedene und untypische Lufterscheinungen fallen mit den Anfallsminimen zusammen; mehr noch, an drei solchen Anfallsminimen konnte man eben dieselben atmosphärischen Erscheinungen finden, die mit der Anfallszunahme zeitlich zusammenfallen.

In den Besprechungen der III. Tabelle wurde schon hervorgehoben, daß die größeren Gruppen der Anfallshäufigkeitssteigerung in kleinere Gruppen II. Ordnung zerfallen. Figur 7 soll eine Gliederung der Gruppen II. Ordnung im Zusammenhang mit atmosphärischen Ereignissen versinnbildlichen. Wir haben da eine typische Warmfront, an deren Höhe ein Status epilepticus fällt, und die später in eine Kaltfront übergeht. Von den Zahlen an dem Oberrand der Figur bezeichnet die obere die Zahl der Kranken, die untere die Anfallszahl an gegebenem Tag. Diese Figur besagt noch nichts, im Zusammenhang aber mit der Tabelle IV kann man schon mehr beweisen. Man sieht, daß es andere Kranke sind, die zur Zeit der kommenden Warmfront, andere, die an der Spitze, andere endlich, die im Abgleiten dieser Front ihr Anfallsmaximum haben. In der Tabelle sind noch einige Tage zugegeben, um das Anwachsen und Abflauen der Anfälle besser zu zeigen. Es soll aber bemerkt werden, daß mit solcher Klarheit diese Zusammenhänge nur in dieser einzigen Zeit-

periode gefunden worden sind. An anderen sind sie wohl zu finden, wie es die Tabelle III zeigt, aber nicht in solcher Prägnanz, wie dies in der Figur 7 geschieht. Es zeigt sich, daß dieses Verhalten vom Status vegetativus abhängig ist (v. Besprechung der III. Tabelle), und zwar am Aufsteigen der Warmfront haben die Hypervagotonen, an ihrer Spitze die Hyperamphotonen, beim Abgleiten der Warmfront die Hypersympathikotonen ihr Anfallsmaximum. Umgekehrt sind diese Verhältnisse an der Kaltfront, wogegen an der Äquatorialfront und Okklusionszyklonen nicht die mindeste Regelmäßigkeit (in dieser Hinsicht) zu finden ist; an manchen Zeitperioden erwecken die Anfallsmaxima den Eindruck, daß das Verhalten der Hypoampho-, -vago- und -sympothikotonen den Gegensatz zum Verhalten der Hyperampho-, vago- und sympathikotonen bildet. Welche Mechanismen da tätig sind, kann man nicht wissen.

Tabelle IV.

Kranke Nr.	Zahl der Anfälle im Mai 1931:									
	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
1.	3	7	6	3	–	–	–	–	–	–
2.	2	8	4	3	2	–	–	–	–	–
3.	1	6	7	8	3	–	–	–	–	–
4.	–	6	5	6	5	–	–	–	–	–
5.	–	–	9	4	3	–	–	–	–	–
6.	–	–	–	–	6	4	–	–	–	–
7.	–	–	–	–	7	4	–	–	–	–
8.	–	–	–	–	9	6	3	–	–	–
9.	–	–	–	–	–	5	7	–	–	–
10.	–	–	–	–	–	4	6	2	–	–
11.	–	–	–	–	–	3	7	4	3	–
12.	–	–	–	–	–	4	5	5	4	–
13.	–	–	–	–	–	–	6	8	6	2
14.	–	–	–	–	–	–	–	–	3	1

Wie es die Meteoropathologie beweist, unterscheiden wir außer den häufigen Wetterschwankungen noch konstantes Bodenklima und seinen Einfluß auf die Krankheiten, neben den zyklischen, atmosphärischen oder genauer »kosmischen« Erscheinungen. Das Bodenklima ist bekannt, aber sein Einfluß ist unerforschbar, weil eben die Kranken ihre Lebzeit hindurch in demselben Klima leben und Krankheitssymptome aufweisen. Eine Untersuchung dieses Problems wäre möglich, wenn Kranke das Bodenklima ändern (Emigration u. dgl.) könnten, oder wenn das Bodenklima plötzlich sich ändern würde. Ist die zweite Eventualität nur rein theoretisch gegeben, so birgt auch die erste viel Schwierigkeiten. Wenn somatisch Kranke noch Material für solche Studien bilden können, da sie öfters wegen Krankheit das Klima ändern, bei psy-

chisch Kranken ist eine solche Wanderung fast unmöglich; Reisen solcher Kranken sind ja äußerst selten. Sehr genaue, auf großes Material sich stützende Studien, könnten vielleicht diesbezügliche Hinweise geben, jetzt ist dieses Problem völlig unklar. Vielleicht hängen Schwankungen der Anfallszahl in verschiedenen Jahren (v. I. Tabelle) von diesen feststellbaren Veränderungen des Bodenklimas ab.

Die zyklischen, kosmischen Erscheinungen wurden schon mehrmals als Ursachen von Krankheiten, wie auch epileptischen Anfällen, gestempelt. Wie schon bemerkt wurde, konnte in unserem Material kein Beweis für jahreszeitliche Anfallsschwankungen gebracht werden. Auch die Mondphasen üben keinen faßbaren Einfluß aus. Monatliche Schwankungen haben mehrere Forscher wie *Ammann* u. a. bewiesen. In unserem Material stellen sich diese Schwankungen folgendermaßen dar:

Januar	2465	Anfälle,	d. i.	8.6%,
Februar	2296	"	"	7.9%,
März	2537	"	"	8.8%,
April	2311	"	"	8.0%,
Mai	2594	"	"	9.0%,
Juni	2383	"	"	8.3%,
Juli	2082	"	"	7.3%,
August	2478	"	"	8.7%,
September	2557	"	"	8.9%,
Oktober	2552	"	"	8.9%,
November	2301	"	"	7.8%,
Dezember	2090	"	"	7.4%.

Bei *Ammann* sind die Häufigkeitsmaxima im November und Dezember, die Anfallsminima im Juni und Juli, also an anderen Monaten als in unserem Material. Außerdem sehen wir beim genannten Forscher überhaupt einen kleineren Unterschied zwischen den Anfallsmaxima und -minima: 7.83% — 8.8%, während bei uns dieser Unterschied größer ist: 7.3% — 9.0%. Wovon diese Verschiedenheiten abhängig sind, ist schwer festzustellen, vielleicht liegt dem, wie auch den abweichenden Ergebnissen, ein anderes Bodenklima zugrunde. Aber wenn *Ammann* diese Schwankungen mit Jahresverlauf der erdmagnetischen Deklination und Inklination in Zusammenhang bringt, so stimmt dies für unser Material nicht zu: in unseren Gegenden unterliegen diese Inklinationen und Deklinationen ähnlichen (wenn nicht identischen) Phasen, wie an Stellen, in denen *Ammann* sein Material untersuchte; die monatlichen Schwankungen der Anfallshäufigkeit in unserem Material zeigen doch eine andere Kurve.

Die Tagesschwankungen, und zwar die Lichtfinsternisperiodik, wurden auch als für die Anfälle nicht gleichgültig betrachtet.

Tatsächlich konnte man schon seit langem zahlenmäßig beweisen, daß in der »Nacht« die Anfälle häufiger als am »Tage« sind. Man stellte es sogar mit spezifischen Einflüssen des Sonnenlichtes in Zusammenhang; man bewies jedoch — und es waren *Toulouse* und *Piéron* (zit. nach *Marchand*), die am stichhaltigsten diesen Beweis durchführten —, daß nicht die »Tag-Nachtperiodik«, sondern die »Wach-Schlafperiodik« mit den Anfällen im Zusammenhang steht. Läßt man die Kranken am Tage schlafen und in der Nacht wachen, so häufen sich die Anfälle gerade am Tage. Es ist also nicht die äußere »kosmische«, sondern die innere vegetative Periodik, die mit dieser Anfallszunahme zusammenfällt.

Es würde sich lohnen jetzt zu untersuchen in welcher Weise die Luftveränderungen, wenn sie einen Einfluß ausüben, dies bewirken können. Die Darlegungen im Anschluß an die Tabelle III geben schon einen deutlichen Hinweis: es scheint, daß dies durch das vegetative Nervensystem geschieht. Einerseits ist seine Rolle in der Epilepsie seit langem bekannt, anderseits erschienen bis jetzt viele Arbeiten, in denen der Einfluß von atmosphärischen Veränderungen im Ganzen oder in ihren einzelnen Komponenten auf das vegetative Nervensystem — direkt oder durch das Ionensystem — beobachtet und experimentell analysiert wird. *Radsma* fand im tropischen Klima, wie auch beim subtropischen und bei Äquatorialfronteinbrüchen die Verminderung des Cholesterolgehaltes bis auf 30% (**1.**); parallel mit der Höhe wächst nach *Alexeew* der Katalaseninhalt des Blutes (**2.**); nach Sonnenerhitzung vermindert sich nach *Levy-Pinkussen* der K/Ca-Quotient (**3.**); bei Erwärmung und Feuchteanstieg wächst nach *Scaffidi* die Hydrophilie der Gewebe (**4.**); *Margaria-Tallendi* bewiesen, daß bei der Luftdruckveränderung die Temperatur der Ausatmungsluft steigt und die Atmung vertieft wird, es folgt eine Atmungsart, die derjenigen bei der Hyperventilation analog ist (**5.**); *Freund* konnte wesentliche Unterschiede in der Wirkung des Wärmestiches sowie der intravenösen Salzeinspritzung im Frühjahr und im Herbst nachweisen (**6.**); *König* fand, daß Traubenzucker nur von Juli bis Februar den Schlag des sauerstofflos arbeitenden Experimentalherzens kräftigt (**7.**); das Laktacidogen unterliegt auch Schwankungen im Zusammenhang mit atmosphärischen Stürmen — *Adler* zit. nach *Meyer* (**8.**); Schwankungen des Kapillarblutdruckes (*Srub* cit. nach *Meyer*) (**9.**) und die Kohlensäurespannung der Alveolarluft unterliegt (*Majka* u. *Wessely*) auch jahreszeitlichen Schwankungen (**10.**); endlich konnte *Urechia* mit Mitarbeitern ein Sommermaximum und Winterminimum für Ca- und Ph-Gehalt des Hundeblutes finden (**11.**) und *Lecomte de Noüy* fand eine Abhängigkeit der Viskosität des Blutes von der Temperatur (**12.**).

Neben diesen kurz erwähnten wichtigsten Experimentresultaten soll noch an einige Tatsachen aus dem Gebiet des Stoffwechsels bei Epilepsie erinnert werden, die mit den eben erwähnten experimentellen Errungenschaften in Einklang stehen oder gebracht werden können: große Schwankungen zwischen den Anfällen der Cholesterinwerte im Blut, ihre präparoxysmale Erhöhung und postparoxysmale Erniedrigung (*de Crinis*) (**1.**); Fermentlabilität in der prä- und postparoxysmalen Phase (*Ellinger*) (**2.**), eine erhöhte Krampfbereitschaft infolge Störung des K/Ca-Quotienten (*Fischer*) (**3.** u. **11.**); die

Gewebsquellung in Intervallen (*Frisch* u. *Weinberger*) (**4.**); präparoxysmale Senkung der Gesamtalkaleszenz (*Frisch* u. *Walter*) und eine p_H-Erhöhung nach dem Anfall (**5.**); Einfluß des Salzes auf die Auslösung der Anfälle (*Mc. Carrie, Fay* u. a.) (**6.**); Hyperglykämie vor dem Anfall und Hypoglykämie nach diesem (*Wuth*) (**7.**); die Herabsetzung der CO_2-Spannung vor, und ihre Erhöhung nach dem Anfall (*de Crinis*) (**10.**); Erniedrigung der spezifischen Viskosität des Blutes (*Ellinger*) zwischen den Anfällen (**12.**).

Wir haben nur einige dieser Feststellungen zitiert, um zu zeigen, daß Beweise eines Einflusses der atmosphärischen Veränderungen auf das vegetative System und durch dieses auf die epileptischen Anfälle bei weitem nicht zu den »Schreibtischkonzeptionen« gehören. Die Einflüsse sind jedoch sehr unklar und unpräzis; was verständlich wird, wenn man bedenkt, daß in diesem Zusammenspiel sowohl die »atmosphärischen Veränderungen« wie auch »epileptische Anfälle« noch lange nicht restlos bekannt sind. Man muß eigentlich noch mehr von einem zeitlichen Zusammenfall beider Erscheinungsarten sprechen, bevor noch diesbezügliche Arbeiten aus verschiedenen Erdgegenden erscheinen und in diesem zeitlichen Zusammenfall tiefere Abhängigkeit von klimatischen Erscheinungen genauer präzisiert werden, und bevor durch experimentelle Herbeiführung künstlicher atmosphärischer Veränderungen diese Zusammenhänge restlos geklärt werden können.

Zusammenfassung. Mehr als 28000 epileptische Anfälle und ca. 250 Status epileptici, die fünf Jahre hindurch beobachtet wurden, sind nach womöglich einheitlicher Ordnung und Verminderung eventueller Fehler auf Parellelität mit atmosphärischen Veränderungen untersucht worden. Die Analysen ergaben, daß tatsächliche Zusammenhänge zwischen atmosphärischen Erscheinungen und Häufigkeitsschwankungen der epileptischen Anfälle bestehen. Die Einflüsse von konstanten klimatischen Faktoren lassen sich nicht aufweisen, zyklische Faktoren scheinen auch keinen deutlichen Einfluß auf die Häufigkeitsschwankungen der Anfälle auszuüben; am deutlichsten ist die Parallelität zwischen den »eigentlichen Wetterveränderungen« und Anfallszahl zu erweisen. Es gibt jedoch keinen einheitlichen Wettertypus, der mit der Anfallshäufung zusammenfällt: es scheint, daß eher plötzliche Übergänge von einer »Front« in eine andere mit der Anfallsanhäufung zeitlich zusammenfallen. Ob diese Parallelität auch kausalen Verhältnissen entspricht, kann erst nach Kontrolluntersuchungen in anderen Gegenden beurteilt werden. Die Status epileptici stehen in Südwestpolen nicht nur mit Kaltfronteinbrüchen (wie etwa in Bayern) im Zusammenhang. Es scheint auch, daß Status epileptici, die nicht mit atmosphärischen Veränderungen im Zusammenhang stehen, leichter durch Medikamente kupiert werden können, als andere. Status Kranke, die an Epilepsie seit

langem leiden, unterliegen viel weniger oder gar keiner wesentlichen Anhäufung ihrer Anfälle bei Wetterveränderungen. Der Einfluß der atmosphärischen Erscheinungen, wenn er wirklich vorhanden ist, kann sich durch das Einwirken auf das vegetative System im weitesten Sinne (*Kraus-Zondek*) geltend machen, was besonders die deutliche Teilung der Häufigkeitsschwankungen in Gruppen II. Ordnung, die nach ihrem vegetativen Verhalten geprägt sind, zu bekräftigen vermag.

Literaturverzeichnis.

(Die mit * angedeuteten Publikationen enthalten genauere Literaturangaben.)

Alexeew: Bioch. Zeit. 207, 28. *Ammann:* Z. Neur. 24, 617. *Blum:* Arch. f. Psych. 96, 171*. *Borchhardt:* Erg. d. Physiol. 56, 705. *Bucciandi:* Bull. Soc. Ital. Biol. 1927. *Burratti:* Arch. Sc. Biol. 14, 182. *Dannhauser:* Z. Neur. 96, 363. *Diringhofer:* Z. Hyg. 112, 222. *Dworkin-Florkin:* Am. Jour. Phys. 95, 139. *Freund:* Arch. ex. Path. 126, 1927. *Giese:* Biologie d. Person v. Brugsch-Levy Bd. IV*. *Halbey:* All. Zeit. Psych. 67, 252. *Hellpach:* Die geopsychischen Erscheinungen mon. 1911*. *Jakowlenko:* Z. Phys. Ther. 40. *König:* cit. nach Meyer. *Lecomte de Noüy:* Scientia 1931, 595. *Levy-Pinkussen:* Bioch. Zeit. 212, 22. *Marchand:* L'Hyg. ment. 1931, 237*. *Margaria-Tallendi:* Arch. Physiol. 28, 114. *Marschall* Z. ex. Med. 77, 133. *Marie-Nachmann:* C. R. Soc. Biol. 73, 12. *Meichert:* Z. Ex. Med. 79, 243. *Meyer:* Nervenarzt 1, 592. *Radsma:* Ber. Physiol. 53, 757. *Rajka-Wessely:* Z. ex. Med. 57, 1927. *Reich:* All. Zeit. Psych. 70, 493. *Rudder:* Klin. Woch. 8, 2265. — Erg. inn. Med. 36, 273*. — Wetter u. Jahreszeiten als Krankheitsfaktoren mon. 1931*. *Scafidi:* Riv. Pat. Sper. 3, 382. *Toulouse-Piéron:* Epilepsia 4, 401. *Wintrobe:* Arch. int. Med. 45, 287.

(Aus der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Universität Erlangen,
Direktor Geheimrat Prof. Dr. *Specht*.)

Über den traumatischen Herpes zoster.

Von

Werner Grünbauer.

Die Literatur des Herpes zoster wird vornehmlich von drei Fragen beherrscht:

1. Von der nach dem Erreger und dessen Verwandtschaft zu anderen.

2. Von einer lokalisatorischen: Wo muß das Nervensystem eine Schädigung treffen, damit die Erscheinung eines Zoster auf der Haut entstehen kann?

3. Lassen sich alle Zoster, die primären oder idiopathischen und die sekundären oder deuteropathischen auf eine gemeinsame Ursache zurückführen, so daß die den letzteren gegebenen Beiworte, wie reflektorisch, toxisch, oder traumatisch, nur als Auslösungsbedingungen oder Wegweiser des Zostergiftes aufzufassen wären, oder ist, wie *Jadasson* sich ausdrückte, der Zoster der Typus eines morphologisch und pathogenetisch identischen, ätiologisch multiplen Symptomenkomplexes?

Die deuteropathischen Zoster machen also in ihrer Einordnung Schwierigkeiten und beanspruchen den idiopathischen gegenüber besonderes Interesse, da sie mit der Lösung der Erregerfrage nicht wie letztere als geklärt gelten können.

Unter den sekundären Zostern spielt der traumatische in der älteren Literatur eine ziemliche Rolle. Bei der Veröffentlichung dieser Fälle wurde meist nur auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Ausschlag, eventuell auch darauf, daß der Ausschlag im Gebiete der Verletzung auftrat, hingewiesen. Die Unterteilung in zosterförmige Ausschläge nach peripherem Trauma und echte Zoster nach zentralem ist neueren Datums. *Schönfeld* äußert sich in seiner umfassenden Arbeit zu den Gürtelrosen nach peripherem Trauma folgendermaßen: »Fälle, in denen ein Zosterausbruch auf ein von außen her im Verlaufe eines peripheren Nerven angreifendes Trauma zurückgeführt wird, sind in der Literatur nicht selten erwähnt, wenn auch nicht immer überzeugend mitgeteilt. So hat es sich dabei unter Umständen um einen Herpes simplex bei *Charcot, von Düring, Lesser, Monteau* und

Zilz, um eine Impetigo bei *Gaucher* und *Bernhard* gehandelt, trotzdem sind sie in der Literatur als Zoster traumaticus niedergelegt. Ferner ist bei einigen anderen, die als Zoster traumaticus gehen, das Trauma überhaupt nicht erwiesen (*Fabre*), oder das Trauma strittig (*Mugeot*), oder das Trauma hat an einer dem Zosterausbruch entgegengesetzten Stelle eingewirkt (*Besnier*). Überzeugender für die periphere Entstehung des Zoster traumaticus wären jene Fälle, bei denen im Anschluß an eine unmittelbare Verletzung eines peripheren Nerven ein Zoster aufgetreten wäre.« So die Fälle von *Weier-Witschell* und *Morehouse-Kean* aus dem Amerikanischen Kriege, »aber wäre dem wirklich so gewesen, so müßte der Weltkrieg den besten Beweis für eine solche Entstehung des Zoster traumaticus gebracht haben, aber er bringt gerade den Gegenbeweis«. *Thibierge* führte eine Scheidung zwischen traumatischen bläschenförmigen Ausschlägen, die einen Zusammenhang mit dem Nervensystem erkennen lassen und traumatischen Zostern im eigentlichen Sinne durch. Für die Entstehung des echten traumatischen Zoster fordert er eine direkte oder indirekte Verletzung des Spinalganglion, ohne sich dabei weiter festzulegen, ob nun der Ausschlag nur durch das Trauma oder durch eine hinzukommende, spezifische Infektion des Ganglion hervorgerufen zu denken sei. Auch *Schönfeld* hält nur einen Zoster nach zentralem Trauma für möglich, wobei unter zentral eine Einwirkung auf das Rückenmark, die Spinalganglien oder die funktionell gleichstehenden Ganglien des Kopfes zu verstehen ist. Überzeugend liegen diese Fälle vor allem dann, wenn durch Röntgenuntersuchung die Möglichkeit einer Verletzung des Spinalganglion, in dessen Bereich der Zosterausbruch liegt, erwiesen wurde. So weitgehend durchuntersuchte Fälle sind jedoch sehr selten.

Vor ihrer Wiedergabe sollen auch die uns erreichbaren Beobachtungen von Zoster nach peripherem Trauma aufgeführt werden, wenn diese auch heute nur als traumatische zosteriforme Hauterscheinungen angesehen werden, weil sie bei dem heutigen Wissensstande nicht als Ballast der Kasuistik gelten können. Zudem wurde in neuester Zeit von französischer Seite eine Entstehung des Zoster nach peripherem Trauma, wie Druck, Stoß und ähnliches mehr, wieder für möglich gehalten.

I. Zoster nach peripheren Verletzungen.

Als Zoster nach sicheren Traumen können gelten die Fälle von: *Thomas*, *Bouchard* (2 Fälle) *Pierrdes*, *Gaucher* u. *Bernhard*, *Bontemps*, *Bertrand*, *Bossion*, *Maupetit*, *Besnier*, *Taylor*, *Barthelemy*, *Schönfeld* (3 Fälle), *A. Cain* u. *Layani*, *Raeke*, *Opolzer*, *Mendel*, *Mulert*, *Battista*, *Chalier* u. *Etienne-Martin*, *Epstein*, *Stein* u. *Marek*. Hierbei trat der Ausschlag in einer Zeit von 15

Stunden bis zu 29 Tagen wohl stets an der bei der Verletzung betroffenen Stelle auf. Engere Zusammenhänge, die ein Vorliegen eines zufälligen Zusammentreffens von Trauma und Zoster unwahrscheinlich machen, bestehen hier jedoch nicht.

II. Zoster nach Verletzungen, die wahrscheinlich ein Ganglion betrafen.

Es handelt sich um die von *Blaschko* (2 Fälle), *Bouvier, Baudouin, Thibierge, Darier, B. Agazzi, Iselin, Stern* (2 Fälle), *Boursier* u. *Ducastaing* sowie von *Dupont* u. *Troisier* veröffentlichten Beobachtungen, mit einem zwischen Trauma und Zosterentstehung bestehenden Intervall von 1 bis zu 35 Tagen. Die Fälle von *Iselin, Stern* und *Boursier* u. *Ducastaing* sind die wertvollsten, weil bei ihnen klinisch festgelegt werden konnte, daß sehr wahrscheinlich der Zoster die Folge einer Spinalganglienverletzung war.

III. Traumatische Exantheme, die sich noch als atypische Zoster bezeichnen lassen.

Hierher gehören die Fälle von *A. V. Tschermack* und der von *Quard* u. *Jean.* Ersterer müßte wegen der auffallend großen Blasenbildung als Zoster bullosus, letzterer wegen zweier segmentär angeordneter Hautstreifen ohne Exanthembildung als Zoster sine exanthemate bezeichnet werden.

An der Psychiatrischen und Nervenklinik Erlangen kam ein Fall von möglichem traumatischen Zoster zur Unfallsbegutachtung. Nach der eingesehenen Literatur ist dies das erste Mal, daß ein einfacher Zoster der Haut zu Rentenansprüchen führte, denn bei den drei Zostern, die bis jetzt unfallsbegutachtet wurden, handelte es sich um Zoster ophthalmicus, sie wurden von *Axenfeld-Bayer* (2 Fälle) und *Räcke-Landtau* veröffentlicht. Theoretisch wurde die Frage Zoster und Unfall schon von *Mendel* sowie *Marek* erörtert und *Schönfeld* weist darauf hin, daß nach traumatischem Zoster wegen langdauernder Neuralgien einmal Ersatzansprüche gestellt werden könnten.

Bemerkenswert ist unser Fall weiterhin dadurch, daß der Zusammenhang zwischen Trauma und Zoster ein engerer zu sein scheint, als bei den meisten auf diesem Gebiete veröffentlichten Beobachtungen, die neben dem zeitlichen Zusammenhang möglicherweise nur einen solchen durch heftige neuralgische Schmerzen, die bald nach der Verletzung im Gebiet des späteren Ausschlages auftraten, aufweisen.

Leider wird unser Fall in seinem Werte für die Kasuistik des traumatischen Zoster durch verschiedene Umstände beeinträchtigt: Die Krankengeschichte wurde an verschiedenen Stellen, teilweise in großen zeitlichen Zwischenräumen aufgenommen. Notgedrun-

gen ergibt sich dadurch eine lückenhafte Beobachtung, dazu sind die Angaben des Patienten teilweise mit Vorbehalt aufznehmen, da sie von Rentenwünschen beherrscht scheinen.

Von dem am 24. 12. 30 erlebten Unfall berichtete der Patient (D.), er habe während des Eisenbahnunglückes in einer Ecke des Abteils gesessen, er sei furchtbar erschrocken, und erinnere sich erst wieder daran, daß man ihn als das Abteil schon leer war, herausgeholt habe. Bei der Fortsetzung der Fahrt habe er Brechneigung und Drang zum Urinieren verspürt, außer geringfügigen Hautverletzungen habe er keine Wunden davongetragen. Bei der Ankunft am Reiseziel (nach einigen Stunden) sei der lk. Arm beim Ausziehen des Mantels nicht mehr hochgegangen, wenigstens nicht höher als bis zur Wagrechten. Einen eigentlichen Schmerz habe er dabei nicht verspürt. Während der nächsten Tage will D. zunehmende Kopfschmerzen bekommen haben.

Der Befund der ersten am 6. 1. 31 erfolgten Untersuchung ist folgender: Leichte Empfindlichkeit der lk. Kopfseite, auf der Stirn und dem Kopf ein leichter rötlicher Ausschlag, der wohl Folge eines Schlafmittels (Veronal) war, das daraufhin gewechselt wurde. D. klagte über Schmerzen im lk. Arm und hatte allerlei mit dem Unfall zusammenhängende Zwangsgedanken.

Am 10. 3. 31 wurde D. anderorts untersucht, er gab dort an, er habe vor fünf Wochen einen Ausschlag bekommen, zuerst am Ohr, dann an der lk. Wange, der lk. Nasenseite und dann am Arm. Er habe starke Kopfschmerzen, die hinter den Augen hochgingen und nach verschiedenen Seiten ausstrahlten. Manchmal dauere dieser garstige Kopfschmerz $^1/_4$ Stunde, er habe aber auch schon zwei Stunden gedauert. Befund: Nervenaustrittspunkte lk. druckempfindlicher als r., unterhalb des lk. Ohres einige Bläschen, die Haut ist infiltriert und etwas ruppig verdickt, ebenso die Haut der lk. Nasen- und Wangenseite. Am lk. Oberarm der Ausschlag in Form eines Herpes, hier ist nur das Ausbreitungsgebiet des Nervus cutaneus brachii med. befallen. Die Gegend des zweiten Halswirbels erweist sich als ausgesprochen klopfempfindlich, die lk. Schulter steht etwas tiefer als die r., der lk. Arm hängt schlaff herunter, wird spontan weniger bewegt als der andere. Das Heben des lk. Armes ist auffallend mühsam. Bei feinerer Berührung wird spitz und stumpf in der Gegend des Ausschlages, Nase, Wange, Oberarm, nicht ganz sicher angegeben. Während der Untersuchung erklärte D. spontan, er habe einige Tage nach dem Unfall einen ganz schiefen Mund gehabt; da habe ihn seine Frau immer ausgelacht, der Mund sei auf der lk. Seite schief gewesen.

Am 14. 4. 31 erklärte D., er habe nun auch auf der lk. Seite des Rückens bis Mitte Schulterblatt einen Ausschlag gehabt, der sehr gejuckt habe. Es falle ihm nur noch auf, daß der lk. Arm noch schwach sei und nicht recht mittue. Befund: der lk. Arm hängt noch etwas, keine Klopfempfindlichkeit des zweiten Halswirbels mehr.

Am 9. 6. 31 erzählte der Patient, der Ausschlag sei in Zwischenzeit wieder viel schlechter gewesen, er habe ganze Säckchen unter den Augen gehabt, namentlich lk. Weiter berichtet er, sein lk. Arm sei nicht recht in Ordnung. Befund: Es sind nur noch Spuren des Ausschlages auf der lk. Seite des Gesichts und der Innenseite des lk. Oberarmes zu entdecken.

Bei der Vorstellung in Erlangen (7. 2. 33) machte D. einen durchaus geordneten und sachlichen Eindruck. Die körperliche Untersuchung ergab unter anderem folgendes: Ein Ausschlag ist am Körper nicht zu sehen, auch keine Überbleibsel eines solchen in Form von Narben. Neurologisch ergeben sich keine Besonderheiten. Auch an den Pupillen nichts Pathologisches. Der Blutdruck mißt 155/90 mm Hg. (Pat. 58 jährig.) Die Blutuntersuchung nach Wassermann war negativ. Über den Ausschlag machte D. folgende Angaben: Einige Tage nach dem 1. 1. 31 habe er einen Arzt aufgesucht, der ihm in erster Linie Schlafmittel für seinen Nervenzustand verordnet habe. Zu gleicher Zeit habe sich nun bei ihm ein Ausschlag entwickelt; ob er freilich schon bei der ersten Untersuchung dagewesen sei, könne er nicht sagen, jedenfalls sei er erst zu Hause aufgetreten, vom lk. Ohr zur Nase hin, dann sich über das Auge und die Wange ausbreitend, zunächst lk. im Gesicht, dann auch lk. am Hals herabsteigend, nach dem Schulterblatt an der Außenseite (oder Innenseite?) des Armes herab bis zur Hand ziehend. Der Ausschlag habe gejuckt, nicht geschmerzt, nur furchtbare Gesichts- und Kopfschmerzen habe er gehabt; auf die r. Seite sei der Ausschlag später auch herüber, aber nur ganz wenig, genäßt habe er eigentlich nicht. Mit dem Ausschlag hätten die Kopfschmerzen zusammengehangen, sie seien geradezu rasend gewesen, erst lk. und schließlich auch am r. Auge, er sei mehrmals so weit gewesen, daß er sich habe umbringen wollen. Wie der Ausschlag seinen Höhepunkt erreicht hatte, habe der Schmerz endlich nachgelassen. Das habe aber Monate gedauert, er sei vollständig entstellt gewesen. März bis April 32 sei es erst richtig verschwunden. Auf ausdrückliches Befragen gibt D. an, der schiefe Mund auf der lk. Gesichtsseite sei mit den Gesichtsschmerzen und dem Ausschlag gleichzeitig gekommen.

Was läst sich nun über diesen Ausschlag sagen?

Viele Punkte sprechen dafür, daß ein Herpes Zoster vorlag, einige machen diese Annahme recht zweifelhaft. Mit letzteren wollen wir uns zunächst befassen. Als wesentlichste Punkte gegen das Vorliegen eines Zoster lassen sich dem Bericht entnehmen:

1. Es lag wohl ein rezidivierendes, vielleicht fünf Monate oder noch länger bestehendes Exanthem vor.

2. Nach einer Angabe des D. blieb der Ausschlag nicht streng halbseitig.

Ad 1.: Der Zeitpunkt der Eruption des Exanthems dürfte laut Krankengeschichte auf Ende Januar bis Anfang Februar 31 festzulegen sein, wie die Angaben des Arztes, der den Ausschlag für ein durch seine bei der ersten Konsultation am 6. 1. 31 verordneten Veronalgaben hervorgerufenes Arzneiexanthem hielt, und die Behauptung des D., gegen den 3. 2. 31 habe er den Ausschlag bekommen, ergeben. Am 10. 3. 31 wurde der Ausschlag in großer Ausbreitung gesehen, am 14. 4. 31 war er, wie D. erklärte, nach weiterer Ausbreitung wieder abgeheilt gewesen. Auch im Befundbericht vom 14. 4. 31 ist das Exanthem nicht erwähnt.

Am 9. 6. 31 erzählte D., der Ausschlag sei in der Zwischenzeit wieder viel schlechter gewesen. Der gleichzeitige Befund lautet etwas gegensätzlich: Es sind nur noch Spuren des Ausschlages auf der lk. Gesichtsseite und auf der Innenseite des lk. Oberarmes sichtbar. Will man der Angabe

des D. vom 9. 6. glauben, so ergibt sich das Vorliegen eines Recidives auf den früher befallenen Hautgebieten. Als Heilungstermin fände man dann Ende Mai bis Anfang Juni. Das widerspräche mit einer Krankheitsdauer von fünf Monaten der Annahme eines typischen Zoster.

Der Vollständigkeit halber sei noch eine Angabe des D. angeführt, da sie auf den Ausschlag Bezug haben könnte und bei der Festsetzung des endgültigen Heilungstermines berücksichtigt werden müßte. D. hatte von seinen furchtbaren Kopfschmerzen erzählt und fuhr dann weiter, wie der Ausschlag seinen Höhepunkt erreicht hatte, habe der Schmerz endlich nachgelassen. Das habe aber Monate gedauert, er sei völlig entstellt gewesen. März bis April 32 sei es erst richtig verschwunden. Das Wörtchen »es« ist in seiner sprachlichen Beziehung nicht ganz klar. Im ganzen wollte wohl D. damit sagen, daß er sich bis März oder April 32 krank gefühlt habe. Somit läßt sich diese wenig klare Aussage nur schlecht verwerten und bleibt von uns unberücksichtigt. Bei anderer Auffassung müßte man ein weiteres Rezidiv annehmen.

In unserem Falle hat also dieser fragliche Zoster ein oder zweimal rezidiviert; nun weiß man aber aus vielfachen Beobachtungen, daß Zoster für gewöhnlich bei einer Person nur einmal auftritt. Ja dieses Verhalten ist so regelmäßig, daß es eine wesentliche Stütze für die Lehre der Infektiosität der Gürtelrose bildet, da es sich am ungezwungensten mit der Erwerbung einer dauernden Immunität erklärt. In der Literatur finden sich zwar viele Fälle von rezidivierendem Zoster, aber von diesen wird behauptet (Thibierge, Schönfeld) sie seien zum Teil keine Zoster gewesen, sondern andere herpetische Hauterscheinungen. Man führt hierfür an, daß die meisten rezidivierenden Zoster als in der Genital- oder Gesichtsgegend lokalisiert beschrieben sind, den Prädilektionsstellen des Herpes simplex. Der Zoster in unserem Fall war teilweise im Gesicht lokalisiert und ist deshalb und auch wegen seiner Rezidive verdächtig auf Herpes simplex.

Hätten in unserem Falle nicht ausgesprochene neurologische Erscheinungen bestanden, wie sie für Zoster bezeichnend sind, müßte dieser Verdacht bestehen bleiben. So aber kann man ihn ohne einseitig zu sein ablehnen, denn eine Diagnose Herpes simplex mit gleichzeitigen Lähmungserscheinungen im Gebiet des Ausschlages ist wohl stets falsch. Es bleibt also trotz der Seltenheit eines rezidivierenden Zoster nur diese Diagnose als Erklärungsmöglichkeit des Sachverhaltes.

Dazu ist bei theoretischen Erwägungen die Diagnose rezidivierender Zoster überhaupt nicht so fernliegend. Vielleicht ist die bei derselben Person wieder auftretende Gürtelrose gar nicht so selten, sondern die bekannt gewordenen Fälle wurden nur zu gründlich gesiebt, da sie zu der neueren Auffassung, daß Zoster ausschließlich eine Infektionskrankheit sei, nicht recht passen wollen, weil sie gegen die Erwerbung einer Immunität sprechen. *Biel-*

schowsky schreibt der Gedanke habe etwas Bestechendes an sich, jeden prinzipiellen Unterschied zwischen primärem und sekundärem Zoster dadurch zu beseitigen, daß man für beide ein gemeinsames spezifisches Virus annehme und den einzelnen Bezeichnungen der sekundären Zoster nur eine prädisponierende Bedeutung beimesse; aber außer dem hierfür angeführten Sektionsfall von *Haed* und *Campbell* bei deuteropathischem Zoster, der im zugehörigen Spinalganglion ähnliche Veränderungen wie bei idiopathischem Zoster ergab, fanden wir keinen weiteren Beleg für diese Annahme. Die unitarische Auffassung in der Frage der Ätiologie der Gürtelrose ist eben auch heute noch Theorie und vielleicht hat doch Jadassohn recht, wenn er behauptet, der Zoster sei der Typus eines morphologisch und pathogenetisch identischen, ätiologisch multiplen Symptomenkomplexes. Unter anderem spricht wohl hierfür die merkwürdige Beobachtung, daß bei den als deuteropathisch veröffentlichten Zostern atypische Hauterscheinungen häufiger gefunden werden als unter den idiopathischen. So sind unter den traumatischen Zostern nicht nur rezidivierende oft aufgeführt, sondern man findet unter ihnen auch einen Fall (*Tschermack*), den man in Parallele mit dem von *Lesser* beobachteten als Zoster bullosus bezeichnen kann, bei idiopathischen Zostern eine große Seltenheit, so daß man erwarten müßte, daß unter den wenigen traumatischen Zostern eine derartige Kuriosität überhaupt nicht zu finden wäre. Weiter trifft man unter den traumatischen Zostern einen Fall von Zoster sine exanthemate (*Quard* et *G. Jean*), ebenfalls bei primärem Zoster eine große Seltenheit, die nur einigemale bei Epidemien beobachtet wurde. Die Tatsache selbst, daß es verschieden stark entwickelte Hauterscheinungen bei der Gürtelrose gibt, könnte man sich mit einer früheren und ausgiebigeren oder späteren und geringeren bzw. unvollkommenen Erwerbung einer Immunität erklären; bei Annahme des gleichen Virus für die Ätiologie des primären und sekundären Zoster müßten aber dann auch diese atypischen Hauterscheinungen bei beiden gleich häufig gefunden werden, da man sich bei gleichem Virus die Immunitätsverhältnisse ebenfalls nur gleichartig denken kann. Dies ist aber nach der eingesehenen Literatur nicht der Fall. Den Grund hiefür kann man in der Verschiedenheit der Ursachen des primären und sekundären Zoster suchen. Gemäß der von *Kreibisch* aufgestellten Reflextheorie oder der Meinung *Spitzer*s u. *Kohnstamm*s, daß Zoster von jedem Punkte der viscero-sympatico-spinoradiculären Bahn ausgelöst werden kann, ließe sich die Entstehung einer Gürtelrose denken, erstmalig, wenn Nervenbahnen durch eine Schädigung ausfallen und das Rezidiv, wenn diese nach ihrer Regeneration wieder Reize zur Haut leiten. Mit einer derartigen Theorie ließe sich auch unser Fall gut er-

klären, wenn man annimmt, daß ein Trauma die 2. Cervicalwurzel links traf, zu einer Parese der von dieser versorgten Muskulatur führte, auf der Bahn der im selben Intervertebralkanal verlaufenden sensiblen oder vasomotorischen Fasern die Gürtelrose hervorrief und daß mit Abheilen der Schädigung bei gleichzeitigem Schwinden der Parese wieder neue Erregungen die Haut trafen und ein Rezidiv entstand. Abschließend sei hier noch gesagt, im Sinne der von *Spitzer* und *Kohnstamm* aufgestellten Theorie, daß Zoster nur eine bestimmte Reaktionsform auf Reize darstelle, erscheint der rezidivierende überhaupt nur als Sonderfall, insofern als er eben mehrmals ausgelöst wird.

Mit der Annahme eines oder mehrerer Rezidive erklärt sich auch das lange Bestehen des Ausschlages am zwangslosesten. Daß jedoch dieser wiederholt so stark auftrat wie es der Patient schilderte und 4—5 Monate lang nicht abheilen wollte, kann nicht ohne Grund bezweifelt werden, denn der Ausschlag wurde nur einmal richtig entwickelt gesehen, das war am 10. III. 1931, am 14. IV. 1931 ist er im Befundbericht überhaupt nicht erwähnt, obwohl D. von einem Weiterschreiten berichtet hatte, er war also praktisch schon wieder geheilt, und am 9. VI. 1931 finden wir nur die Bemerkung, es sind nur noch Spuren des Ausschlages zu entdecken, obwohl D. von einer ausgesprochenen Verschlechterung erzählt hatte. Für diese Auffassung spricht auch die Überlegung, daß schon frühzeitig bei D. die Meinung bestanden haben mag, es handele sich bei ihm um ein entschädigungspflichtiges Unfallleiden, er war somit, vielleicht nur unbewußt, bestrebt, die Schwere seiner Krankheit durch überschießende Angaben über die Dauer und Heftigkeit seiner Erscheinungen zu dokumentieren.

Ad 2: Bei Zoster hat als Gesetz zu gelten, daß die Hauterscheinungen nur im Innervationsgebiet einer oder mehrerer Spinalganglien derselben Körperhälfte auftreten. Ausnahmen davon sind öfters beschrieben und kommen vor, bleiben aber, wie *Schönfeld* sagt, Ausnahmen.

Unserer Krankengeschichte ist an zwei Stellen zu entnehmen, daß der Ausschlag nicht streng halbseitig blieb.

Einmal sprechen die Angaben des Arztes, den D. am 6. I. 31 erstmalig aufsuchte, von einem leicht rötlichem Ausschlag auf Kopf und Stirne, weiter erzählte D. am 9. VI. 31 er habe ganze Säckchen unter den Augen gehabt, namentlich links; dazu gab er noch ergänzend in Erlangen an, auf die rechte Seite sei der Ausschlag auch herüber, aber nur ganz wenig.

Es mag ja sein, daß D. mit seinen Angaben übertrieb und der Ausschlag in Wirklichkeit nur linksseitig lokalisiert war, jedenfalls kann heute nicht mehr mit Sicherheit entschieden werden, ob der Hautprozeß nicht auch rechts aufgetreten war. Ein solches Verhalten ließe sich zwar immer noch theoretisch mit einer Gürtelrose vereinigen. Man müßte eben einen Zoster bilateralis annehmen, auch mit dem Vorliegen von aberrierenden Bläs-

chen, die nach *Tenneson* in 90% der Fälle auftreten sollen und mit dem Begriffe der Interdigitation ließe sich für Herpes zoster sprechen, aber all diese Argumentierungen müßten als wenig kritisch gelten.

Aus diesen gegen das Vorliegen eines Zoster gemachten Einwendungen ergibt sich abschließend folgende Stellungnahme: die neuen strengeren Forderungen zur Eignung einer Beobachtung für die Kasuistik des traumatischen Zoster kann unser Fall nicht erfüllen, da hierfür ein Fehlen von Rezidiven und eine streng halbseitige Ausbreitung des Exanthems gefordert wird. Der ersten Vorbedingung entspricht unser Fall überhaupt nicht, denn um die Annahme eines oder mehrerer Rezidive kommt man bei einem Erklärungsversuch der Krankengeschichte nicht herum, daß er die zweite erfüllt, dafür kann kein überzeugender Beweis geführt werden. Beharrt man auf diesem strengen Standpunkte, so erscheint unser Fall nicht einwandfrei, das ist sein Mangel, so interessant er auch sonst sein mag, und so mannigfache Anhaltspunkte er auch gibt, die für das Vorliegen eines Zoster sprechen. Wir dagegen möchten fast zur Auffassung kommen, daß die Forderung für die Eignung zur Kasuistik des traumatischen Zoster insofern so enge Grenzen zieht, als sie nur ganz typische Beobachtungen für passend hält, da uns die Durchsicht der verschiedenen Zoster nach Trauma den Anschein erweckte, daß atypische Hauterscheinungen hier nicht regelwidrig wären.

Nun finden sich aber doch eine ganze Reihe von Punkten, die wieder sehr stark für die echte Zosternatur des Exanthems sprechen. Unter diesen ist eine anamnestisch gesicherte Facialislähmung der wertvollste. Dazu kommen weitere Zeichen von seiten des Nervensystems, so Sensibilitätsstörungen, hartnäckige Neuralgien und schließlich die segmentäre Ausbreitung eines teilweise bläschenförmigen Ausschlages.

Die Beschreibung des Exanthems vom 10. III. 31 ist für Zoster typisch. Wir finden bei streng halbseitiger Lokalisation einen Ausschlag auf der linken Nasenseite und Wange, unterhalb des lk. Ohres und auf der Innenseite des lk. Oberarmes. Mit der Beifügung des Vermerkes, hier ist nur das Gebiet des Nervus cutaneus brachii medialis befallen, erhalten wir einen sicheren Hinweis auf die segmentäre Ausbreitung des Exanthems. Das Versorgungsgebiet dieses Nerven erstreckt sich auf der Innenseite des lk. Oberarms, von der Achselhöhle bis nahe zur Ellenbeuge und entspricht nach dem von *Head* gegebenen Schema der Verteilung der Hautsensibilität nach Rückenmarkssegmenten dem zweiten und dritten Dorsalsegment. Auf dem Kopfe erstreckte sich der Ausschlag vom Gebiet des zweiten und dritten Trigeminusastes bis zum Gebiet der dritten Zervikalwurzel, das der Gegend unter dem Ohre entspräche, wo einige Bläschen gesehen wurden.

Auffällig ist, daß in dem Befund ein Befallensein des Halses und des übrigen Armes nicht erwähnt wird. Nach dem *Haed*schen Schema klafft demnach zwischen dem Herde am Kopf und dem am Halse eine Lücke, die

sich vom Gebiet der ersten dorsalen hinteren Wurzel bis zu dem der vierten zervikalen erstreckt, die als von dem Ausschlag freigeblieben gelten muß und zur Annahme eines Zoster duplex unilateralis zwingt. Warum nun am 10. III. 31 am Halse ein Ausschlag nicht gesehen oder wenigstens nicht notiert wurde, läßt sich nachträglich nur vermutungsweise erklären. Es ist nicht ausgeschlossen, daß damals das Exanthem in diesen Partien schon abgeheilt war, vielleicht auch war es nur spärlich entwickelt und fiel deshalb nicht auf. Bestanden hat jedenfalls ein Ausschlag in diesem Gebiet, wie die von D. in Erlangen gemachten Angaben besagen. Damals erklärte er nämlich, der Ausschlag sei zuerst im Gesicht, dann auch am Hals, herabsteigend nach dem Schulterblatt und der Außen- oder Innenseite des Armes herab bis zur Hand gezogen. Es entspricht dies den fehlenden sechs Segmenten so weitgehend, als man von den Angaben eines Laien nach so langer Zeit nur fordern kann, und gerade deshalb, weil sich die Schilderung inhaltlich so gut in diese Lücke schiebt, und somit Angaben über die segmentäre Ausbreitung enthält, die D. nur aus eigener Beobachtung richtig geben konnte, erscheint sie glaubwürdig und wertvoll zur Rekonstruktion des Krankheitsbildes. Demnach ist mit großer Wahrscheinlichkeit sichergestellt, daß sich der Ausschlag vom Trigeminusgebiet über alle Zervialwurzelsegmente bis zum dritten Dorsalsegment zusammenhängend linksseitig entwickelte in seiner Ausbreitung und ein für Zoster charakteristisches Bild bot.

Die Schilderung der eigentlichen Hauterscheinungen vom 10. III. 31 sei hier noch angefügt: Unterhalb des Ohres einige Bläschen, die Haut ist infiltriert und etwas ruppig verdickt, ebenso die Haut der lk. Nasenseite und Wange am lk. Oberarm in Form eines Herpes, die Haut ist infiltriert und etwas gerötet, leichte Bläschen- und Knötcheneffloreszenzen. Wenn auch aus dieser Beschreibung nicht hervorgeht, daß es sich um einen Zoster handelte, so möchten wir hier andererseits doch festlegen, daß sie auch keinen Einwand gegen eine Gürtelrose geben kann.

Großen Wert legen wir auf die neurologischen Zeichen unseres Falles als Beweismaterial für Zoster. Die vorwiegende Beteiligung des Nervensystems ist bei vielen Fällen von Gürtelrose sehr bezeichnend und schon im klinischen Bilde deutlich, sodaß ein einzigartiger nur bei ihrem Vorliegen möglicher Befund erhoben werden kann, nämlich verschiedene Störungen des Nervensystems bei einer gleichzeitigen Hautkrankheit.

Angaben über Störungen der Sensibilität finden sich unter den Aufzeichnungen vom Januar 31, wo von einer leichten Empfindlichkeit der linken Kopfseite die Rede ist, und unter denen vom 10. III. 31, die besagen, daß bei feiner Berührung stumpf und spitz in der Gegend des Ausschlages nicht ganz sicher angegeben worden sei. Einmal also wurden im Gebiete des Exanthems Zeichen von Hyperalgesie, dann wieder solche einer Herabsetzung der taktilen Sensibilität gefunden. Zunächst ist man geneigt, dieses Verhalten als Widerspruch zu deuten; nach *Blaschko* ist es jedoch keiner. Dieser Autor schreibt in seiner Arbeit über Herpes zoster eine Herabsetzung der taktilen Sensibilität bei gleichzeitiger Hyperalgesie sei eine gewöhnliche Erscheinung. Sollte dieses Zusammentreffen des Ausschlages mit erhöhter Schmerzempfindung und herabgesetzter Berührungsempfindung in seinem Ausbreitungsgebiet ein rein zufälliges und voneinander unabhängiges sein? Wir neigen nicht zu dieser Auffassung, sondern möchten es als Beweis für das Vorliegen eines Zoster deuten.

Auch die Tatsache, daß am 10. III. 31 die linksseitigen Nervenaustrittspunkte des Kopfes druckempfindlicher als die der anderen Seite befunden wurden, läßt sich für Zoster verwerten, wenn auch der Einwand gemacht werden kann, daß dieses Verhalten bei der damals bestehenden Hyperalgesie der Haut zu erwarten war.

Die Gesichts- und Kopfschmerzen, die bei D. lange Zeit das Krankheitsbild beherrschten und die so heftig gewesen sein sollen, daß er (D.) mehrmals so weit gewesen sei, daß er sich habe umbringen wollen, finden nur dann eine einwandfreie Erklärung, wenn man sie als Zosterfolge betrachtet. Am 10. III. 31 gab D. an, er habe starke Kopfschmerzen, die hinter den Augen hoch gingen und nach verschiedenen Seiten ausstrahlten. Manchmal dauere dieser garstige Schmerz $^1/_4$ Stunde, manchmal 1 Stunde, er habe aber auch schon 2 Stunden gedauert. Die Schmerzen traten also anfallsweise mit der für Trigeminusneuralgien charakteristischen und gefürchteten Heftigkeit auf. Wann nun D. darunter litt und ob sie sich streng auf das Ausbreitungsgebiet des Ausschlages beschränkten, ist in unserem Falle nicht von entscheidenswerter Wichtigkeit; denn man weiß, daß sich diese Neuralgien vor, während und nach dem Bestehen der Hautaffektion geltend machen können, ja daß sie sogar im Bereiche eines benachbarten Ganglion, dessen Hautgebiet nicht befallen ist, auftreten können. Wichtig ist somit nur, daß die Nervenschmerzen wirklich bestanden. Dies zu bezweifeln besteht kein Anlaß, denn die Schilderung des D. ist treffend und auch das lange Fortbestehen ist, wie man aus der Praxis weiß, durchaus denkbar.

Schließlich bleibt noch eine Angabe des D., die er am 10. III. 31 spontan während der Untersuchung machte, des Inhalts, er habe einige Tage nach dem Unfall einen ganz schiefen Mund gehabt, da habe ihn seine Frau immer ausgelacht, der Mund sei auf der lk. Seite schief gewesen. In Erlangen versicherte D. auf ausdrückliches Befragen hin, der schiefe Mund sei auf der linken Seite mit den Gesichtsschmerzen und mit dem Ausschlag gleichzeitig gekommen. Daß der Patient diese Angaben spontan machte, werten wir als Zeichen, daß er wirklich den schiefen Mund hatte; auf jeden Fall wurde vor dieser Schilderung nichts Derartiges ihm einsuggeriert. Die Zeit des Auftretens dieser Fazialislähmung, anders kann man den schiefen Mund nicht deuten, ergibt sich leider nicht eindeutig. Auch darin ist ein Widerspruch zu erblicken, daß D. seine Behauptung, er habe den schiefen Mund einige Tage nach dem Unfall gehabt, damit zu belegen sucht, daß er erzählt, seine Frau habe ihn deshalb ausgelacht; denn er war einige Tage nach dem Unfall noch nicht bei seiner Frau, er kam ja erst im Januar wieder nach Hause. Demnach scheint die Fazialislähmung doch erst später, das wäre gegen die Zeit, als sich das Exanthem entwickelte, aufgetreten zu sein, wie auch die in Erlangen gemachte Angabe versichert. Diese Feststellung ist insofern von Wert, als wirkliche Frühlähmungen, die Vorboten eines Zoster bilden, zu den Ausnahmen gehören. Anders diejenigen, die sich während oder nach dem Hautausbruch einstellen. Sie bilden eine der bezeichnendsten Komplikationen der Gürtelrose und können namentlich bei segmentärer Übereinstimmung der Ausbreitung eines zosterverdächtigen Exanthems und der Lähmung die Diagnose Zoster sichern, weil gewöhnlich Lähmungen mit anderen Hautkrankheiten nur zufällig und selten zusammentreffen, mit Zostern dagegen in ursächlichem Zusammen-

hang stehen und bei diesen häufig zu finden sind. Derartige Lähmungen sind bis auf diejenigen, die erst im Abheilungsstadium einer Gürtelrose auftreten, recht gutartig, und bilden sich erfahrungsgemäß wieder vollkommen zurück. So verwundert es uns nicht, daß am 10. III. 31 das Hängen des linken Mundwinkels nicht mehr gesehen wurde.

Will man alle Symptome unserer Krankengeschichte auf einen gemeinsamen Nenner bringen, so kann man es nur unter der Diagnose Zoster; jedenfalls ergibt nur sie die Möglichkeit einer zwanglosen Zusammenfassung und Erklärung aller Aufzeichnungen. Alle anderen Deutungsversuche müssen sich mit vielen zusammenhangslosen Einzeldiagnosen begnügen und die eigenartige Mischung neurologischer Erscheinungen mit einer Hauterkrankung segmentärer Ausbreitung als zufälliges Zusammentreffen ansehen. Wir neigen nicht zu einer derartigen Auffassung, für uns gibt es nur die eine Deutung: Es lag ein Herpes zoster vor.

Die Zusammenhänge zwischen dem Unfall und dem Exanthem erweisen sich bei näherem Zusehen als recht enge.

Der zeitliche soll nur als Vorbedingung für den Beweis eines traumatischen Zoster erwähnt werden. Wie anfangs erörtert, kann die Zeit des Auftretens des Ausschlages nicht scharf festgelegt werden. Es ist möglich, daß dies schon zu Beginn der 2. Januarhälfte 1931 der Fall war, wahrscheinlich trat er erst anfangs Februar 1931 auf, das wäre 20—40 Tage nach dem Unfall und mit der Annahme eines traumatischen Zoster vereinbar.

Bei der Durchsicht der Unfallschilderung glaubt man zunächst keine Zeichen dafür finden zu können, daß der Patient ein stärkeres lokalisiertes Trauma erlitt. Er zeigte keine Fraktur oder sonstige Verletzungen, die einen Zusammenhang zwischen Unfall und Zoster konstruieren ließen. Auch die Schilderung, daß als D. mehrere Stunden nach dem Unfall seinen Mantel habe ausziehen wollen, der lk. Arm nicht hochgegangen sei, wenigstens nicht höher als bis zur Wagrechten, erscheint unverständlich, besonders deshalb, weil D. hinzufügte, einen eigentlichen Schmerz habe er dabei nicht verspürt. Mit der Entstehung eines Blutergusses läßt sich also dieses Verhalten nicht erklären; denn ein Bluterguß schmerzt und macht wegen der Schmerzen Bewegungseinschränkung. In den Vorbegutachtungen wurde daran gedacht, daß eine Lähmung als Ausdruck einer Gehirnerschütterung oder eines durch den Schreck des Erlebnisses ausgelösten Schlaganfalles vorliege. Wir glauben ebenfalls die Unmöglichkeit der Armhebung über die Horizontale nicht anders als mit einer Lähmung der hiefür verantwortlichen Muskulatur erklären zu können; jedoch über die Genese dieser Lähmung sind wir anderer Ansicht. Es ist sehr unwahrscheinlich, daß eine Gehirnerschütterung statthatte, denn zu ihrer Annahme ist eine, wenn auch kurze Bewußt-

losigkeit unumgänglich, nachweislich bestand eine solche aber nicht. Ebenso muß die Möglichkeit eines Apoplexes abgelehnt werden, da eine als Vorbedingung nötige Blutdruckerhöhung bei D. nicht vorlag. Auch die Möglichkeit einer paralytischen Lähmung müssen wir bei dem negativen Blutwassermann ablehnen.

Die Armhebung über die Horizontale besorgt der Muskulus trapezius, der mit seiner mittleren und oberen Partie zusammen mit dem Muskulus serratus anterior das Schulterblatt so dreht, daß eine weitere Elevation des Armes über die Horizontale erfolgen kann. Den Eindruck, daß dieser Muskel gelähmt war, bestärkt auch der Eintrag am 10. III. 1931, der besagt, die linke Schulter steht tiefer als die rechte, der linke Arm hängt schlaff herunter und wird spontan weniger bewegt, das Heben des linken Armes ist auffallend mühsam. Zur Erklärung ihrer Herkunft erscheint uns bedeutungsvoll, daß am 10. III. 1931 der 2. Halswirbeldorn ausgesprochen klopfempfindlich war. Der 2. Halswirbel läßt sich nämlich mit der Lähmung in überraschend enge Beziehungen bringen, denn durch das Foramen intervertebrale, das dieser Wirbel nach oben und unten bilden hilft, treten als 2. und 3. cervicale vordere Wurzel motorische Fasern aus, die den Muskulus trapezius versorgen. Weiter zeigt sich, daß die motorischen Fasern für den Muskulus levator scapulae ausschließlich aus der 3. cervicalen Wurzel stammen und somit ebenfalls in engsten räumlichen Beziehungen zu diesem Wirbel stehen. Ist es nicht sehr naheliegend anzunehmen, daß durch einen Stoß, oder eine unerwartete Verbiegung der Wirbelsäule während des Eisenbahnunglückes am 2. Halswirbel eine Fraktur oder Fissur gesetzt wurde, die gleichzeitig zu einer Quetschung der im 2. und 3. Intervertebralkanal verlaufenden Nerven führte, oder eine Blutung in diese Wurzelkanäle auslöste, oder daß eine Zerrung der Cervicalwurzel resultierte, alles mit der Folge einer Leitungsunfähigkeit der motorischen Fasern? Das Hängen der linken Schulter fände, neben dem Ausfall der Fasern für den Muskulus trapezius und der damit bedingten Unmöglichkeit der Armhebung über die Horizontale, durch die Annahme einer Schädigung der Fasern für den Muskulus levator scapulae eine weitere treffende Erklärung insofern, als die Levatorfasern aus der 3. Cervicalwurzel stammen und der Muskel selbst für den normalen Stand der Schulter weitgehend mitverantwortlich ist. Ein Trauma der 3. hinteren Wurzel und des ihr zugehörigen Ganglion spinale, wenn man will auch ein solches der 2. sensiblen Wurzel mit dem entsprechenden Ganglion, liegt bei den anatomischen Verhältnissen — wie allgemein bekannt findet sich das Spinalganglion im Intervertebralkanal nahe der Vereinigungsstelle der sensiblen und motorischen Wurzel zum Spinalnerven — durchaus im Bereiche der Möglichkeit, ja man

kann in unserem Falle die Levator- und Trapeziuslähmung als Symptom einer Ganglienschädigung vertreten, ohne sich dabei zu sehr in das Gebiet der Theorie zu begeben. Wenn nun noch, wie aus dem Befund und der Schilderung des D. hervorgeht, — er erzählte nämlich am 10. III. 1931 der Ausschlag sei zuerst am Ohre aufgetreten, auch in Erlangen gab er an, der Ausschlag habe sich vom Ohr zur Nase hin entwickelt — ein Zoster trigemini et cervicalis ausgerechnet in dem Wurzelgebiet des als verletzt in Betracht kommenden Ganglion, die Ohrgegend entspricht nämlich dem 3. Cervicalsegment, zuerst auftritt, so gilt für uns die Beweiskette eines Zusammenhanges vom Trauma bis zum Zoster als geschlossen, wenigstens so weit, als ein Entstehen einer Gürtelrose durch ein Trauma überhaupt bewiesen werden kann. Man kann vielleicht sogar soweit gehen, zu behaupten, daß die Irritation des 3. Cervicalganglion durch den neurologischen Hinweis, den die Natur in Form der Trapezius- und Levatorlähmung gab, besser gesichert ist, als in den wenigen Fällen traumatischer Zoster, bei denen Geschosse röntgenologisch in der Nähe des dem Zoster zugehörigen Spinalganglion gesehen wurden.

Eines allerdings läßt sich gegen diese Beweisführung einwenden: *Blaschko* fand bei nicht wenigen Zosterkranken einen rheumatoiden Schmerz, bei Druck auf die Dornfortsätze im Bereiche der Hauterscheinungen. Sollte also die Schmerzhaftigkeit des 2. Halswirbeldornes nur als ein Zeichen des Vorliegens einer Gürtelrose und nicht als Beweis einer Verletzung der Wirbelsäule gelten?

Bei der gegebenen Erklärung der Zosterentstehung durch eine Verletzung steht noch eine Frage zur Erörterung: Warum hat sich das Exanthem über die benachbarten Hautsegmente, nach oben bis in die der Trigeminusäste, nach unten über die aller Cervicalwurzeln bis in das der 2. dorsalen Wurzel ausgebreitet? Warum beschränkte es sich nicht auf das durch das Trauma in seiner Nervenversorgung als geschädigt angenommene 3. evtl. auch 2. cervicale *Haed*sche Dermatom? Es ließen sich hiezu manche, wenn auch mehr theoretische Antworten geben, wir wollen uns auf zwei Beobachtungen einschlägiger Art beschränken: *Nyary* stellte bei einem Herpes zoster des 2.—5. Cervicalsegmentes fest, daß nur das 3. Cervicalganglion durch Infarkt verändert war. *Van der Scheer* fand bei einem Zoster mit ähnlicher Ausbreitung der Hauterscheinungen wie im Falle *Nyary*s nur das 4. Cervicalganglion verändert. Wie diese Beobachtungen beweisen, ist es durchaus möglich, daß bei Schädigung eines Cervicalganglion ein Zoster mehrerer Dermatome auftritt. *Nyary* gab für dieses Verhalten folgenden Erklärungsversuch: Er stützt sich auf *van der Scheer*s Erklärungen über die Zostergenese, daß nicht die Ganglienerkrankung die unmittelbare Ursache der Gürtelrose darstelle und nimmt

an, daß infolge der Schädigung des Ganglion sympathische Zellen im Rückenmark gereizt würden und daß die Hautveränderungen der Ausdruck dieser auf reflektorischem Wege zustandegekommenen Vasomotorenreizung sei. *Nyary* folgert weiter: »Bekanntlich entspringen im Halsmark keine sympathischen Fasern und vielleicht ist hierin der Grund dafür zu suchen, daß sich der durch die Erkrankung eines Ganglion hervorgerufene sympathische Reiz nicht auf das Hauptgebiet dieses Segmentes beschränkt, gegenüber den häufigeren Erkrankungen im Thorakalgebiet, wo die Beziehungen zwischen sensiblen und sympathischen Fasern, die den einem Segment entsprechenden Hautabschnitt versorgen, sicher einfacher sind«. Der Autor argumentiert weiter mit dem Falle *van der Scheer*s für seine Theorie, in dem er annimmt, die Erkrankung des 4. Cervicalganglion habe deshalb in diesem Falle einen Zoster des gleichen Hautgebietes ausgelöst, wie in dem von ihm selbst beobachteten mit dem Infarkt im 3. Cervicalganglion, weil von diesen benachbarten Ganglion dieselben sympathischen Fasern reflektorisch erregt worden seien und den Zoster erzeugten..

Bei den Erklärungsversuchen der Zosterentwicklung, die dem Sympathicus eine weitgehende Beteiligung bei der Auslösung der Hauterscheinungen einräumen, ist es vielleicht angezeigt, daran zu erinnern, daß einzelne Autoren (*Roche*, *Pochin*, *Haddon*) angeben, unter dem Einflusse psychischer Erregungen Zoster entstehen gesehen zu haben. Erklären ließe sich dieses Verhalten mit den engen funktionellen Beziehungen der Spinalganglien zum Sympathicus, der seinerseits wieder alle affektiven Eindrücke dem Körper vermittelt. So kann man auch in unserem Falle daran denken, daß der starke psychische Schock nach dem Unfall, der durch den Sympathicus auf den Körper projiziert, sich als Brechneigung und Harndrang kundtat, neben dem Trauma der Halswirbelsäule eine weitere Disposition zur Entstehung des Zoster gab.

Auf Grund der Literaturdurchsicht und der Verwertung der Kasuistik kommen wir zu folgender Auffassung über den Herpes zoster traumaticus:

Es gibt nach Trauma bläschenförmige Exantheme, die enge Beziehungen zum Nervensystem aufweisen. Unter diesen trifft man auch das klinische Bild des Zoster. Wenigstens decken sich die Hauterscheinungen und auch die Allgemeinreaktion des Körpers einiger sog. Zoster nach zentralem Trauma weitgehend mit dem eines idiopathischen Zoster. Ob nun diese traumatischen Zoster pathologisch-anatomisch und evtl. bakteriologisch echte Zoster sind, ist noch unentschieden. Die vielseitige klinische Übereinstimmung — vor allem das Auftreten der Facialislähmung in unserem Falle — mit echten Zostern läßt es wahrscheinlich erscheinen, daß der traumatische Zoster letzten Endes doch ein idiopathischer ist,

nur mit dem Unterschied, daß ihn ein Trauma an bestimmter Stelle durch Erhöhung der Krankheitsbereitschaft auslöst. Andererseits muß man, wenn man unseren Fall überhaupt als traumatische Gürtelrose gelten lassen will, wieder zugeben, daß das Trauma zu atypischem Verlaufe disponiert, wie es sich in unserem Falle in den Rezidiven zeigte.

Literaturverzeichnis.

Bayer, H., Über Herpes zoster u. Unfall. Inaug.-Diss. Freiburg 1906.
Bielschowsky, Herpes zoster. Hdbch. d. Neurol. Bd. 6, S. 316.
Blaschko, Herpes. Hdbch. d. Hautkrkht. v. Mracek, 1902.
Bunnemann, Über psychogene Dermatosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 78, S. 115.
Chalier, Le zona traumatique. Journ. d. méd. de Lyon 1932, Tom 13, S. 697.
Grundmann, H., Zur Kenntnis des rezidivierenden Zoster. Münch. med. Wchschr. 1933, S. 1437.
Haddon, Herpes zoster unt. d. Einflusse psychischer Affekte entstanden. Ref. aus d. Mtshft. d. prakt. Dermatol. 1895, Bd. 20, S. 644.
Jeoman, Ein Fall von Herpes zoster. Erklärung der Ursache dieser Affektion. Ref. aus d. Mtshft. f. prakt. Dermatol. Bd. 34, S. 468.
Junius, Neue Ansichten über Herpes zoster. Ztschr. f. Augenheilkd. Bd. 44, S. 74.
Levandowsky, Die Hysterie. Hdb. d. Neur. Bd. 5.
Nyary, L., Beitr. z. Path. d. Herpes zoster. Dtsch. Ztschr. f. Nervenhlkd. 1921, S. 242.
Roche, Psychische Störungen als eine Ursache d. Herpes zoster. Ref. im Mtshft. f. prakt. Dermatol. 1895, Bd. 21, S. 575.
Schönfeld, Hdbch. d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, 1928.
Soliman el Achad, Ein Fall von Herpes zoster nach Toutokaineinspritzung. Inaug.-Diss. München 1929.
Thibierge, Sur la zona traumatique. Gazette des Hospitaux, 1923, S. 1555.
Wohlwill, Zur path. Anat. d. Nervensyst. bei Herpes zoster. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 89, S. 171.

Verzeichnis der in der Kasuistik aufgeführten Fälle.

Thomas. (Archiv der Heilk. 1886, S. 453.)
Bouchard. (C. R. de la Soc. de Biol. 1867, p. 183.)
Pierrdes. (Thèse de Paris 1897—98.)
Gaucher u. *Bernhard*. (Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris 1901, p. 162.)
Bontemps. (Bull. Soc. Méd. d'Angers 1887, p. 104.)
Bertrand. (Thèse de Paris 1875.)
Bossion. (Dauphine Médical, avril 1890.)
Maupetit. (Thèse de Paris 1876.)
Besnier. (Ann. de Dermatol., février 1889, p. 109.)
Taylor. (New-Jork Médical 14. 6. 1884, p. 663.)
Barthelemy. (Soc. de Dermatol. syphiligr., 1927, p. 893.)
Schönfeld. (Archiv f. Dermatol. u. Syphil. Bd. 150, S. 16.)
Cain u. *Layani*. (S. M. H. P. 1927, p. 863.)

Raeke. (Ärztliche Sachverständigen-Zeitung 1910, Bd. 16, S. 321.)
Opolzer. (Allgemeine Wiener med. Z. 1886, S. 382.)
Mendel. (Neurolog. Zentralblatt 1904, Bd. 33, S. 859.)
Mulert. (Deutsche Ärztez. 1903, S. 508.)
Battista. (Zentralbl. f. H.- u. Geschl.-krankheiten 1923, Bd. 27, S. 63.)
Chalier u. *Etienne-Martin.* (Journal de méd. de Lyon 1932, Bd. 13, S. 697.)
Epstein. (Dtsch. med. Wsch. 1904, Nr. 51, S. 912.)
Stein. (Dtsch. med. Wochensch. 1904, Nr. 51, S. 912.)
Marek. (Schönfeld, Hdbch. d. Haut- u. Geschl.-krankheiten 1928.)

Blaschko. (Archiv für Dermatologie 1889, Bd. 43, S. 43.)
Bouvier. (Journ. des Maladies cutanées et syph., janvier 1897, p. 41.)
Baudouin. (Touraine Médicale, 15. 5. 1901, p. 26.)
Thibierge. (Gaz. Hôp., déœambre 1923, p. 1567.)
Darier. (Précis de Dermatol.)
Aggazzi, B. (Schönfeld, Hdbch. d. Haut- u. Geschl.-krankheiten 1928.)
Iselin. (Schweizer med. Wochenschr. 1932. Nr. 22.)
Stern. (Neurolog. Zentralbl. 1915. Bd. 34, S. 550.)
Boursier u. Ducastaing. (Revue Neurologique de la sóciété neurologie de Paris 1917.)
Dupont u. *Troisier.* (Société médicale des Hospitaux 1915, p. 21.)

Tschermack, A. V. (Archiv f. Dermatol. u. Syph. 1918, Bd. 122, S. 337.)
Quard u. *Jean.* (Archives de médicine et pharmacié navales, Tom 114, p. 357.)

(Aus der psychiatr. Klinik in Rostow. Vorstand: Prof. *M. Serejski.*)

Zur Psychopathologie des Fetischismus

Von

Prof. Dr. med. et phil. **M. Serejski** (Moskau)

Mit 1 Tafel

In der sexuellen Pathologie, deren Gegenstand die sexuellen Perversionen sind, bestehen zwei Richtungen: eine ultra-biologische und eine ultra-psychologische. Die einen identifizieren die sexuelle Pathologie mit der Pathologie der endokrinen Drüsen, die anderen führen sie auf reine Psychopathologie zurück. Die Mehrzahl der Autoren beschränkt sich übrigens auf formelle Beschreibung des Krankheitsbildes der sexuellen Verirrungen. Von diesen beiden Standpunkten ist keiner unanfechtbar. Hinsichtlich der Frage der Exo- und Endogenesis der sexuellen Verirrungen ist es am Platz, folgendes zu bemerken:

Die Versuche, die sexuellen Perversionen nur durch das soziale oder nur durch das biologische Moment zu erklären, mißlingen schon darum allein, weil bei solch einer einseitigen Behandlung der Frage zwei Erforschungspläne verwechselt werden: a) die Frage von der historischen Entstehung der sexuellen Perversionen, b) die Frage darüber, wie sich in der gegebenen Persönlichkeit die Mechanismen dieser oder jener Art von sexueller Verirrung verwirklichen, mit anderen Worten, die Frage der klinischen Varianten der sexuellen Perversionen. Hier treten verschiedene Gesetzmäßigkeiten hervor, Symptome des »Allgemeinen« und des »Individuellen«. Die historische Entstehung der sexuellen Perversionen muß ganz und gar auf die außerhalb der Persönlichkeit liegenden Kräfte bezogen werden, die die gegebene sozialökonomische Formation konstruieren. Als Beispiel davon können der Schwall von Erotismus und die Blütezeit der sexuellen Perversionen in der Reaktionsperiode nach der Revolution 1905 in Rußland dienen. Es wäre ein grober Fehler, anzunehmen, daß z. B. der Fetischismus mancher primitiven Völkerstämme auf der Biologie der oder jener Persönlichkeit, des Häuptlings o. and. beruht, wie das von *Freud* ausgelegt wird. Eine endgültige Entscheidung der zweiten Frage ist außerordentlich schwierig. Bei den Versuchen einer klinischen Analyse der sexuellen Perversionen muß man aus der ganzen Gesamtheit und der Spezifität der in der Klinik beobachteten Tatsachen ausgehen, und zwar aus den bio-

logisch bedingten Besonderheiten der Entwicklung der Persönlichkeit. Dieses ist nicht nur der Boden, sondern auch das Material für die Entwicklung der sexuellen Perversionen.

Bei Kindern (besonders bei psychopathischen), können, wenn die sexuellen Besonderheiten noch nicht abdifferenziert sind, sexuelle Traumen leicht zu assoziierten Perversionen führen, d. h. zu sexuellen Verirrungen, die gleich den Bedingungs- oder Verbindungsreflexen tief stecken bleiben, z. B. Masochismus im Zusammenhang mit Strafen in der Kindheit, wie Rousseau es so bildlich in seiner autobiographischen »Beichte« schildert. Nach *Bechtereff* wird die Entwicklung des Homosexualismus durch solche in der Kindheit anerzogene charakterologische Züge gefördert, die den künftigen Mann, seinen Gewohnheiten nach, zu einem Weibe umwandeln; solche Erziehungsbedingungen entstanden in den früheren aristokratischen Familien, wenn das Geschlecht des neugeborenen Kindes nicht den Wünschen der Eltern entsprach. Es ist wahr, daß die in der Kindheit davongetragenen sexuellen Eindrücke gewöhnlich verschwinden, überwunden werden, also haben auch für dieses Alter die endogenen konstitutionellen Momente, wie allgemeine psychopathische Labilität, erhöhte sexuelle Erregbarkeit, Hang zum Phantasieren usw. wenn keine entscheidende, so doch eine bestimmte Bedeutung. Bei Erwachsenen führen die erwähnten äußeren Faktoren viel seltener zu sexuellen Perversionen, und das nur bei stark ausgeprägter sexueller Labilität. Hier ist das Entscheidende der Zustand des Bewußtseins, das Verhalten des Subjekts zum geschlechtlichen Leben; das Bewußtsein ist das vermittelnde Glied zwischen den anatom-physiologischen Besonderheiten des Subjekts und seinem sexuellen Benehmen. Wir haben hier psychopathische oder »intersexuelle« Konstitution, schizophrene Schübe, Zerfall der Persönlichkeit bei zu Schwachsinn führenden Prozessen (senilen, paralytischen, seltener epileptischen), Veränderung der Persönlichkeit bei epidemischer Enzephalitis, bei Klimax. Was vereinheitlicht denn alle diese klinischen Abarten? *Freud* zufolge ist das vereinheitlichende Moment das psychophysische, speziell der psychosexuelle Infantilismus oder Primitivismus (oder Archaismus), d. h. ein auf der in geschlechtlicher Hinsicht undifferenzierten kindlichen Entwicklungsphase Steckenbleiben (oder Regreß im Falle eines Zerfalls) der sexuellen Entwicklung. Auf dieser Stufe werden polymorphe präsexuelle Triebe beobachtet, wie z. B. der Hang, sich zu entkleiden und die entblößten Körperteile zu betrachten, die kindliche Onanie u. a.; durch das Steckenbleiben auf dieser Stufe läßt sich das Auftreten von Exhibitionismus und anderen geschlechtlichen Perversionen erklären, bei denen der Inhalt der gegebenen sexuellen Verirrung meist durch äußere Faktoren bestimmt wird. Der psychosexuelle Primitivis-

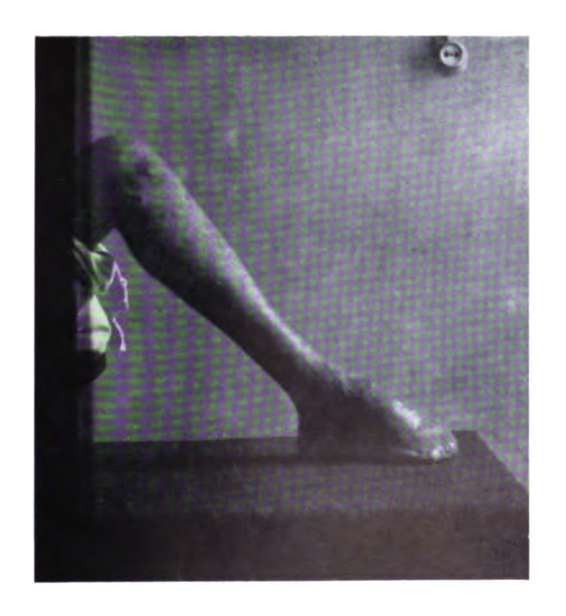
mus ist mit allgemeiner und psychosexueller Labilität verbunden. Beiläufig sei bemerkt, daß *Kraepelin*, der entschieden nicht mit *Freud* einverstanden ist, auf demselben Standpunkt steht und von sexuellem Infantilismus bei sexuellen Perversionen spricht. *Freud* weist darauf hin, daß unter den unkulturellen Völkern die sexuellen Perversionen sehr verbreitet, sogar ritualisiert sind, einen magischen Anstrich haben, und führt dabei eine unzutreffende Analogie des frühen Kindesalters mit den sogen. kultivierten Völkern an. In vielen Fällen von sexuellen Perversionen lassen sich infantile Stigmen in der Somatik entdecken, im Körperbau, in den endokrinen Drüsen usw. Trotz ihrer schwachen Seiten ist *Freud*s Konzeption am Ende die einzige, die den Versuch macht, alle sexuellen Perversionen in einem einheitlichen System zu umfassen. Leider enthält diese Konzeption dieselben Fehler, wie die meisten Ansichten *Freud*s: übertriebene Biologisierung, Kluft zwischen dem Biologischen und dem Psychischen, an Vitalismus grenzende Auffassung der Triebe; als vorausgesetzt wird das angenommen, was Beweise bedarf usw. Die Entstehung der sexuellen Perversionen wird von ihm gänzlich in die Richtung der Konstitution versetzt, noch mehr, nicht der realen, sondern einer theoretischen, oft spekulativ konstruierten Konstitution. Tatsächlich werden die sexuellen Perversionen nicht erklärt, sie dienen vielmehr als Ausgangspunkt für die Erklärung. Die sexuellen Perversionen sind nicht das sekundäre, bei *Freud* sind sie die Ur-Triebe, die Ur-Sexualität, aus welcher sich die normale Sexualität ausbildet. Auf diese Weise ist die normale Sexualität, nicht die Perversion, das Sekundäre. Eine besondere Konstitution, eine besondere mit den sexuellen Perversionen verbundene klinische Form gelang es nicht auszuschalten und wird wohl kaum gelingen. Sexuelle Perversionen kommen bei ganz gesunden Menschen vor, bei Neuro- und Psychopathie (übrigens besonders häufig beim sensitiv-hysterischen Typus, wo die infantilen Stigmen vorwiegen), beim Beginn des organischen Schwachsinns (speziell bei Alterspsychosen). Was die Besonderheiten der Persönlichkeit betrifft, so läßt sich nur bemerken, daß der häufigste Typus — die Schizotymiker sind. Dieses ist einerseits bis zu einem gewissen Maße begreiflich, wie psychologisch, so auch somatisch, andererseits ist das, was gewöhnlich für Schizotymie gehalten wird, im Grunde genommen nicht selten eine »Schizoidisierung« *(Serejski)*, d. h. eine der Folgen der sexuellen Perversion. Bei sexuellen Perversionen sehen wir oft ein frühes Eintreten des Geschlechtstriebs, der aber seiner physiologischen Natur nach sehr schwach ist und verschärfter Reize bedarf. Im psychologischen Plan spielt das Gefühl der Minderwertigkeit — der somatischen und psychischen — und die daraus entspringende Unsicherheit hinsichtlich der eigenen

sexuellen Möglichkeiten eine große Rolle. Diesem ganz analog ist die Vorliebe mancher ins klimakterische Alter tretenden Frauen für Knaben (oder das Gegenteil), hinsichtlich derer sie sich freier fühlen. Einige Hinweisungen gibt uns das genetische Prinzip, die Idee der Onto- und Phylogenese in ihrer Anwendung auf die sexuellen Perversionen. So begegnen wir bei Tieren einer ganzen Reihe von geschlechtlichen Anomalien. Nennen wir den im Tierreich verbreiteten geschlechtlichen Koitus »a tergo«. Erinnern wir an die Insekten, die mit Hilfe von Masturbierungsmanipulationen ihren Samen erlangen, den sie darauf in die Geschlechtsöffnung des Weibchens einführen; denken wir an das Weibchen der Spinne, das nach dem Geschlechtsakt sein Männchen tötet. Und doch ist hier nichts weiter, als eine weitgehende Analogie: für die genannten Tiere sind diese Handlungen keine sexuellen Perversionen, es sind zweckmäßige, auf Befruchtung und Geschlechtsfortpflanzung gerichtete Handlungen.

Der Fall, den wir zu beobachten Gelegenheit hatten, bietet einerseits ausschließliches klinisches Interesse und gibt uns andererseits Gelegenheit, die Frage der Pathogenese des Fetischismus zu berühren.

Der Kranke, 39 J. alt, geschieden, Entwurfzeichner. In einer Arbeiterfamilie geboren. Der Vater starb mit 48 Jahren an progressiver Paralyse, Epileptoide, war herrschsüchtig, fest, heftig und eigenwillig. Trank nicht, rauchte nicht. War gegen die Kinder streng, aber gerecht, prügelte sie nicht selten, am öftesten Schläge auf die Hände. Der Großvater väterlicherseits war Alkoholiker, starb an Delirium tremens. Die Mutter, 60 Jahre alt, noch rüstig, weichherzig, raucht seit der Kindheit. Die Eltern des Patienten hatten fünf Kinder. Der Kranke ist das dritte von der Zahl. Die älteste Schwester starb in früher Kindheit an Anämie. Drei Brüder sind am Leben. Einer von den Brüdern erhielt während des Krieges eine Kontusion, lernte Kokain riechen, wurde Narkomane, erkrankte an Rückfalltyphus, kompliziert durch Landry-Paralyse, starb. Der zweite Bruder, gesund, ein angesehener parteilicher Arbeiter. Der jüngste Bruder epileptoider Psychopath, sehr reizbar, unstet, leidet an Zwangszuständen und Zwangsideen.

Der Patient erinnert sich seiner selbst, angefangen vom fünfjährigen Alter. Er wuchs als gesundes, kräftiges Kind auf, war ungezogen, mutwillig, neckisch, dabei ängstlich, sehr nervös und reizbar. In der Schule wenig gesellig, ihn interessiert das nicht, was seine Altersgenossen interessierte. Schulfreunde oder andere einigermaßen beständige Freunde hatte er nicht, auch mit den Brüdern war er nicht befreundet. Mit acht Jahren kam er in die Realschule. War wenig fleißig, begnügte sich mit einer »genügend«, hielt sich an »die Methode der kurzen Fristen und schlaflosen Nächte«, die Aufgaben bis zum letzten Moment aufschiebend und seinem guten visuellen Gedächtnis trauend. Interessierte sich wenig für Geschichte, Sprachen, trieb gerne Mathematik, Physik, Kosmographie. Beim Lernen war er immer faul, weil er keinen passenden Beruf für sich fand und auch jetzt nicht



Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 103.
Zu Prof. Dr. med. et phil. M. Serejski (Moskau), „Zur Psychopathologie des Fetischismus".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

findet, obwohl er dank seiner vielseitigen Fähigkeiten imstande ist, jeden Beruf anzugreifen. Nach erfolgreicher Absolvierung der Realschule ging er auf ein polytechnisches Institut, das er bald für die naturwissenschaftliche Fakultät vertauschte, und später für die medizinische, bei welcher Gelegenheit er sich selbständig in sechs Monaten für Latein vorbereitete und bis auf den dritten Kursus kam; besonders interessierte ihn Anatomie. Wegen einer tuberkulösen Pleuritis mußte er sein Studium für zwei Jahre aufgeben, worauf er auf ärztlichen Rat die medizinische Fakultät verließ und auf die juristische überging, zur selben Zeit ein Handelsinstitut besuchend. Den Kursus der Hochschule konnte er des Krieges halber nicht beschließen. Von 1920—1922 diente er in der Rotarmee, arbeitete sodann sechs Jahre an einer Zeitung als Künstler und später in technischen Unternehmungen, wo er als Zeichner anfing und bis zum Eintritt in die Klinik als Entwurfstechniker angestellt war.

Heiratete mit 25 Jahren, trennten sich nach fünf Jahren wegen Streitigkeiten; das einzige Kind starb.

Eindrücke aus den Kinderjahren. Aus der Zeit, wo er noch nicht nach der Schule ging, ist ihm deutlicher als alle gehörten Märchen die Geschichte eines Geisteskranken im Gedächtnis geblieben, der so lange den Finger über dem Feuer hielt, bis er verkohlte und abfiel. Patient stellte sich dieses Bild lebhaft folgenderweise vor: ein Mensch in Unterkleidern steht auf einem Stuhl und hält den Finger über dem vor dem Heiligenbilde brennenden Lämpchen. Aus seiner frühesten Kindheit erinnert er sich besonders deutlich, daß er, wenn er sich zum Bade auskleidete und seine Füße betrachtete, sich gerne vorstellte, daß der eine, und zwar der rechte, bis zum Knie abgeschnitten ist. Auf denselben Zeitpunkt beziehen sich die Erinnerungen an eine Wohnungsgenossin, die ihn gern verwöhnte; sie hinkte. Von 8—9 Jahren brachte ihm der Bruder die Onanie bei. 13—14 Jahre alt, in der dritten Klasse, begegnete er einem lahmen Mädchen, interessierte sich außerordentlich für dasselbe, und sie war während langer Zeit das Objekt seiner sexuellen Phantasien: wenn er sich mit Onanie beschäftigte, stellte er sie sich immer vor. Die Bekanntschaft mit dem lahmen Mädchen fand unter folgenden Umständen statt: während der Pause stand Patient in der Schule am Fenster und blickte ziellos hinaus. Auf dem Hof spielten drei bis vier Mädchen, von denen das eine seine Aufmerksamkeit dadurch erregte, daß es beim Laufen stark hinkte. Indem er es genau beobachtete, bemerkte Patient, daß eins seiner Beine wie ein Stöckchen aussah und beim Gehen hilflos herunterhing; das war ein Fall von Kinderlähmung. Patient war sofort von Mitleid erfüllt, sein ganzes Wesen war der Betrachtung der Bewegungen dieses Mädchens hingegeben, der Bewegungen seines Beins und seines Gesichts; ihn beschäftigte fortwährend die Frage — tut es ihr weh usw. Von der Zeit an erwachte der Wunsch, sie oft zu

sehen, und bis zu 17 Jahren, d. h. bis Beendigung der Schule, beobachtete er sie heimlich, machte aber nie ihre Bekanntschaft. Angefangen von der fünften Klasse, verliebte er sich einigemal in vollkommen gesunde Mädchen, doch wenn er sich mit Onanie beschäftigte, stellte er sich immer eine lahme Frau vor, eine von denen, die er zuletzt gesehen hatte. Zu solchen Frauen zog es ihn, er nannte sie »seinen Typus«. So verflocht sich in ihm in bezug auf lahme Frauen das Mitleidsgefühl mit einem unwiderstehlichen sexuellen Trieb.

Den stärksten Eindruck in seinem ganzen Leben trug Patient davon, als er 1918 Zeuge davon war, wie ein junges Frauenzimmer unter einen Straßenbahnwagen geriet. Beide Beine waren ihr abgeschnitten und Patient brachte sie ins Krankenhaus. Er war von einem »unmenschlichen« Mitleid erfüllt und vollkommen von diesem Fall überwältigt, während mehreren Tagen war er so darin versunken, daß er nichts sah und nichts hörte, was um ihn her vorging. Dieses Falls erinnert er sich immer mit besonderer Aufregung und aller Ausführlichkeit.

Bei jeder Begegnung mit einem Mädchen seines »Typus« ist die ganze Aufmerksamkeit momentan mobilisiert, sein ganzes Wesen ist davon ergriffen, er wird taub und stumm gegen die Umgebung. Die ganze Aufmerksamkeit ist in erster Linie an die Füße gefesselt und richtet sich erst später auf die übrigen Züge des Organismus und je nach diesen »sekundären Zeichen« (Ausdruck des Patienten) verstärkt sich oder verblaßt der erste Eindruck. Äußerlich geht also die Bewertung der Frau ihren normalen Gang; zuerst treten die packendsten Zeichen hervor, die den Zugang zur emotionellen Sphäre des Patienten ermöglichen, d. h. die Lahmheit, und danach verstärken oder schwächen die sekundären Zeichen den ersten Eindruck. Eine normal entwickelte Frau besitzt also für den Patienten nur »sekundäre Zeichen«, — daher die schwache oder überhaupt abwesende physiologische Reaktion auf die Nähe einer solchen Frau. Wenn Patient eine Frau »seines Typus« erblickt, wendet er sich nach ihr um, wobei er Acht darauf gibt, daß dieses von niemandem bemerkt wird. Solche Frauen anzureden entschloß er sich nie. Es gab Fälle, wo er den Tram oder eine Gesellschaft verließ, weil er eine lahme Frau erblickt hatte.

So bildete sich die Hauptlinie seines sexuellen Benehmens und dessen emotioneller Inhalt. Währenddem diese Linie, die an Inhalt einförmig und an Objekten nicht zahlreich ist (denn Frauen mit Folgen der Kinderparalyse sieht man nicht besonders oft), stark ergreift, ist die zweite, d. h. die normale Betragenslinie reich an Objekten, aber arm und farblos in bezug auf Emotion oder Eindruck. Andererseits ist in der ersten Linie nicht nur

keine einzige Näherung, sondern sogar keine bloße Bekanntschaft. Patient erklärt dies durch Schüchternheit in Angelegenheiten »des echten« (in seinem Sinn) intimen Lebens. Diesen Umstand kann man bis auf einen gewissen Grad mit der Gewohnheit zur Onanie verknüpfen, die Einsamkeit, Verborgenheit und eine stark entwickelte Phantasie zur Erweckung eines deutlichen, beinahe anschaulichen Bildes erfordert.

Noch im Jahre 1918 fiel Patient und zerschlug sich das Bein unter dem Knie, was eine vorübergehende Parese des rechten Fußes zur Folge hatte. Kurz vor der Scheidung (1925) brachte Patient seine Frau zwecks Behandlung in einer Heilanstalt unter und blieb allein. Zu dieser Zeit tauchte zum erstenmal der Trieb zur Selbstverstümmelung auf. Diese dritte Betragenslinie entstand als Resultat der vom Patienten nicht ohne Verzweiflung gewonnenen Überzeugung, daß die »normale Betragenslinie« für ihn erlischt oder vielleicht erloschen sei. Und seine Betragenslinie begegnet unüberwindlichen Hindernissen, da für ihn nicht Lahmheit allein das Ideal ist, sondern daß dieselbe obligatorisch mit Schönheit und Gesundheit im übrigen verbunden ist. Solchen Frauen ist Patient bisher nicht begegnet, Lahmheit allein befriedigt ihn nicht. Auf einmal fiel ihm ein, indem er an den Fall mit seinem verwundeten Bein dachte, als sein Fuß zum Teil wie »bei ihnen« war, d. h. bei Frauen seines »Typus«, zu versuchen, künstlich eine Verwundung des Nerven hervorzubringen. Nachdem er das gemacht, empfand er volle Befriedigung, die von Onanie begleitet war. In der Folge genügte für die Erlangung einer sexuellen Befriedigung von der Onanie das von der Phantasie geschaffene Bild einer lahmen Frau nicht mehr, es entstand das unüberwindliche Bedürfnis, dasselbe durch das Ansehen seines deformierten Fußes zu verstärken. Patient begann allmählich die Sehnen der Zehen des rechten Fußes zu durchschneiden, die Zehen begannen herunterzuhängen und die Form der Fußsohle nach der Kinderparalyse anzunehmen (s. Abb.). So wurden allmählich alle Sehnen, darunter auch die Achillessehne, durchschnitten. Jedesmal wenn der Gedanke und der Entschluß, einen Schnitt zu machen, kam, stellte sich die Erektion ein, und die Stimmung wurde gehoben. Wenn der Schnitt viel Zeit nahm und von starken Schmerzen begleitet war, empfand Patient keine Befriedigung. Allmählich begann er die Zehen aus den Gelenken zu verrenken. Nach der Verrenkung des großen Zehes entstanden Röte und Geschwulst, Patient wandte sich an Ärzte, die die Diagnose Erysipelas stellten; den Ärzten sagte er, daß eine Verwundung stattgehabt. Sobald der Schmerz vorüber war, fing er an, alle Zehen der Reihe nach zu verrenken, ohne dabei besonderen Schmerz zu empfinden. Bei der Verrenkung des

großen Zehs wurde der Knochen beschädigt, die Ärzte stellten die Diagnose tuberkulöser Karies und sagten, man werde den Zeh abschneiden müssen. Da kam dem Patienten der Gedanke, das selbst zu machen, um so mehr, als die Schmerzempfindlichkeit des Zehs herabgesetzt war. Das Abschneiden des Zehs wurde folgenderweise vollführt: der Patient nahm eine Schere und schnitt mit der Schneide eines Rasiermessers »Gillette« die Haut an der Wurzel des Zehs, längs dem oberen Halbkreis, d. h. von der Rückseite der Fußsohle, durch, dies wurde mittels Ergreifens der Haut, angefangen von den Seitenflächen der Zehen, mit den Scherenenden, und der allmählichen Lageveränderung dieser Enden bei gleichzeitigem Druck auf den Zeh ausgeführt. Dann wurde ein Scherenende flach in die Gelenkhöhlung der Zehen und Fußsohlenknochen eingeführt und winkelrecht umgedreht, was die Öffnung der Höhlung erweiterte. Beim Schließen der Schere wurde das andere Ende von außen her nahe gebracht und so der übrige Teil der Haut von der Sohlenseite und den Seitenwänden durchgeschnitten. So war der Zeh vollständig abgetrennt. Die Blutung wurde mittels einer anliegenden Binde gestillt. Diese Operation gab dem Patienten enorme sexuelle Befriedigung, und im Laufe eines Jahres schnitt er alle fünf Zehen ab. In der letzten Zeit begann er das Messer tief in den Zwischengelenkraum einzuführen, um die Fußsohle noch mehr nach unten zu ziehen. Darauf tauchte der Wunsch auf, zum anderen Fuß überzugehen, da der rechte stark schmerzte und es außerdem schwer war, ihn noch mehr zu verstümmeln. Es war die Angst, daß er anfangen würde, auch den zweiten Fuß zu deformieren, die ihn zwang, sich an die Klinik zu wenden.

Selbstverstümmelung ist also ein Mittel zur Auslösung des sexuellen Triebes. Der Wunsch, Selbstverstümmelung vorzunehmen, taucht anfangs selten auf, dann immer öfter und wird zuletzt zu einem beständigen Nachdenken über das nächste Verstümmelungsobjekt. Wenn der an der Reihe stehende Verstümmelungsakt überlegt ist, kann er lange unvollführt bleiben. Unter günstigen Bedingungen wird der Wunsch, ihn zu vollführen, immer stärker, wobei der Anblick einer Frau seines »Typus« (auf der Straße, was aber selten ist), ihn »ansspornt« und zu unüberwindlichem Bedürfnis umwandelt. Alles beginnt sich um diese Achse zu drehen; äußerlich ist dies von Apathie und großer Zerstreutheit begleitet. Patient versucht diese Gedanken zu bekämpfen, sie abzulenken, aber plötzlich kommt ein Moment, gewöhnlich vor dem Schlafengehen, wo, wie von einer Naturgewalt hervorgerufen, der unüberwindliche Entschluß und der Wunsch, den Gedanken an die Selbstverstümmelung ins Leben umzusetzen entsteht und Patient den an der Reihe stehenden Akt vollführt. Während der

Ausführung des Akts sind die Nerven außerordentlich gespannt, aber Patient empfindet »eine angenehme Anspannung«, das Herz schlägt rascher (wie nach schnellem Laufen), nachdem der Akt ausgeführt, tritt eine Reaktion ein, »das Nervensystem beruhigt sich« und alles schließt mit tiefem Schlaf. Für die darauffolgende nächste Zeit verbleibt ein Gefühl der Befriedigung, der sexuelle Trieb verliert seine Intensität, es findet sozusagen eine partielle Auslösung statt, und der Wunsch, einen Selbstverstümmelungsakt zu vollführen, verschwindet. Nach ungefähr 2—4 Wochen beginnt der Gedanke an Selbstverstümmelung wieder zu reifen, das Aussehen des Fußes wird »langweilig«, Patient möchte die Fußsohle noch mehr herunterziehen, er setzt fort, die Sehnen mittels Tastens aufzufinden und zu zerschneiden. Laut den Worten des Patienten ist das Motiv dieser Handlung demnach die »Form«. In den »lichten Perioden« strebt Patient danach, sich von dieser »Anomalie« zu befreien, aber da er den Glauben daran verloren hat, sucht er »vom Leben fortzugehen«, sich zu isolieren. Da aber doch der Mensch nicht »ohne Treidelriemen« leben kann, so denkt er sich an eine physische »seelenlose« Arbeit zu machen; eine geistige Arbeit dünkt ihm jetzt über seine Kräfte, weil sein Gehirn mit »verfluchten Fragen« der Sexualität beschäftigt ist. Die Gedanken bleiben immer auf irgend einer Idee stecken (Selbstkasteiung, Selbstanalyse) und haften.

In so einem Zustande kam Patient in die Klinik.

Status physicus: Wuchs über mittelhoch, leptosom-athletischer Konstitution. An der linken Seite, vorne und hinten, eine operative Naht (infolge einer Rippenresektion) und eine Schramme nach einem kalten Abszeß. Am rechten Bein, unter dem Knie eine Schramme nach der Verwundung und dem Einschnitt mit darauf erfolgter Athrophie des Musk. tibial. ant. Alle Zehen an der rechten Fußsohle fehlen, alle Sehnen sind durchschnitten; zahlreiche Schrammen (s. Abb.). Am linken Fuß sind die Sehnen der Zehenextentoren durchschnitten, an der linken Hand die Sehnen der Flexoren. Am linken Vorderarm drei Schrammen nach Brandwunden (von Zigaretten) und auf der Schulter ebensolche Schrammen (2,5 cm lang) von mit Zündhölzern beigebrachten Brandwunden.

Lungen: vesikuläre Atmung beider Lungen. Herz: dumpfe Töne.

Nervensystem: Pupillen gleichmäßig, Reaktion auf Licht und Konvergenz gut. Herabhängen des rechten Mundwinkels. Tremor der Finger, der Augenlider, der Zunge. Roter Dermographismus. Die Sehnenreflexe gleichmäßig lebhaft, die Achillesreflexe fehlen rechts. Empfindlichkeit: Hypo- und Anästhesie der Fußsohle des rechten Fußes.

Die Wass.-R. im Blut negativ.

Status psychicus: Bewußtsein klar. Volle Orientierung, auto- wie auch allopsychische. In der Klinik (wie auch außerhalb derselben) autistisch, tritt in keinen Kontakt zu der Umgebung, mit dem Arzt unterhält er sich von Zeit zu Zeit gerne, detailliert dabei stark. Die Stimmung ist meist gedrückt, boshaft, gereizt, zeitweise starke, unadäquate Affektausbrüche wie Einschlagen der Fensterscheiben, aggressives Benehmen gegen die Kranken usw. Den Patienten in die Arbeitsprozesse hereinzuziehen gelang nicht, er arbeitete bloß einige Tage, erklärt dies durch das unangenehme Aussehen der »schneidenden Instrumente«, wobei er sagt, daß dieser Abscheu gegen schneidende Gegenstände erst in der Klinik entstanden ist. Patient klagt über eine »unmögliche Empfänglichkeit«, die den Eindruck seiner fortwährenden Erlebnisse verstärkt, ihn zu unendlichem Überlegen und Räsonieren bewegt, was einen »herben, krankhaften Ansatz« ergibt, der ein »Plus« zu anderen, schon früher entstandenen Ansätzen derselben Art ausmacht. Der ganze Inhalt der Psyche ist von Erlebnissen sexueller Natur erfüllt, dem Bewußtsein seiner geschlechtlichen Minderwertigkeit, der Unmöglichkeit, ein geschlechtlich normales Leben zu führen, von Zweifeln an der Möglichkeit, diese Krankheit loszuwerden. Acht bis zehn Jahre lang ist Patient gezwungen, seinen Hang zu verbergen, »einen normalen Menschen zu spielen«, »im Inneren kreisen beständig maßlos schwere Mühlsteine«, er muß sich beständig einen Zaum anlegen und im Resultat tritt periodisch eine tiefe Depression ein, und auf diesem Boden affektive Entladungen, heftige Zornausbrüche. In seinem Betragen meist nörglerisch, mit allem unzufrieden. Lichte Augenblicke sind sehr selten, 1—2 Tage in der Dekade. Die äußeren Bedingungen (wie schlechte Nahrung u. a. and.) vergrößern die ohnehin großen Schwierigkeiten. Es gehört eine kolossale Anspannung dazu, ein normales Leben zu führen, zu arbeiten, während die ganze emotionelle, die ganze Willenssphäre auf einem Punkt konzentriert ist. Das alles brachte den Patienten in eine »Sackgasse«, er hat die Fähigkeit zum Arbeiten verloren und ihm bleibt nur die Hoffnung auf die Wissenschaft, auf ein Gesundmachen des Körpers und des Nervensystems, »sonst das Verderben«.

Intellektuell steht Patient über der ihm zuteil gewordenen Bildung. Die Aufmerksamkeit ist scharf begrenzt und auf sexuelle Erlebnisse konzentriert. Klagt über Schwachwerden des Gedächtnisses, große Zerstreutheit (so warf er z. B. nachdem er um ein Streichhölzchen zum Anrauchen gebeten hatte, das Kästchen fort und gab das angebrannte Streichhölzchen dem Eigentümer zurück), über Abnahme der Arbeitsfähigkeit, besonders auf geistigem Gebiete. Von frühester Kindheit an verzeichnet er ein ausnehmendes visuelles Gedächtnis, das man mit dem von uns auf experimentell-psychologischem Wege aufgewiesenen (nach der

Jaensch-Rickelschen Methode) Eidetismus in Verbindung setzen muß. Begebenheiten behält Patient immer in Form von Bildern; beim Lernen half ihm immer das Gedächtnis aus, er behielt den Absatz, die fette Schrift u. a.

Der von uns angeführte Fall bietet ausschließliches Interesse dar. Er muß der Kategorie sexueller Perversionen zugezählt werden, die unter dem Namen »Fetischismus« bekannt ist. Man weiß schon längst, daß Mißgestaltungen, wie z. B. Kahlköpfigkeit, Schieläugigkeit, Lahmheit, das Objekt des Fetischismus sein können. *Moll* berichtet, daß in Deutschland manche Prostituierten sich zuweilen lahm stellen, weil sie wissen, daß dies auf manche Partner erregend wirkt. *Krafft-Ebing* zitiert Inserate, wo behufs Heirat Lahme gesucht werden. Reynaud beschreibt einen Fall, wo ein Mann, nachdem er in ein lahmes Mädchen verliebt gewesen, die sexuelle Erregung nur im Zusammenhang mit Lahmen empfand. Eine gewisse Ähnlichkeit mit unserem Fall hat der unlängst von *Meinerz* beschriebene, mit dem wesentlichen Unterschiede, daß an Stelle der Verstümmelungen Träume von Verstümmelungen stehen.

Unser Fall überschreitet die Grenzen des Fetischismus. Selbstverstümmelungen, verbunden mit angenehmen Empfindungen, Erektionen, Onanie (man erinnere sich an die Brandwunden, die unser Patient sich mit Zigaretten beibrachte und so seine Standhaftigkeit gegen den Schmerz bewies) sprechen davon, daß es sich um eine gemischte Perversion handelt, und zwar um eine Kombination von Fetischismus mit Masochismus. Soweit er den Masochismus betrifft, kann dieser Fall den oft beschriebenen Fällen von unnormalem Hang zu chirurgischen Operationen verglichen werden, wo wir auch masochistische Tendenzen sehen, wenn die Patienten sich mittels Aggravation oder Simulation einen chirurgischen Eingriff erkämpfen. Besonders anschaulich ist der von *Kartschikian* beschriebene Fall, wo eine Frau auf diese Weise zwei Operationen überstand, darunter Appendektomie, Cholezistokomie, Laparatomie, Gastroenterostemie und Thyreodektomie. Unser Fall, der dem Inhalt nach beispiellos im Gebiet der Perversionen dasteht, bietet außerdem ein bedeutendes Interesse vom Standpunkt der Pathogenese, der Dynamik der Entwicklung dieser Störungen.

Für die Erklärung des Fetischismus (und teilweise auch der übrigen sexuellen Perversionen) existieren viele Theorien, aber keine davon kann als ausreichend gelten. Die gewöhnlich *Freud* zugeschriebene Theorie besteht darin, daß in der Jugend, beim ersten Erwachen des geschlechtlichen Lebens, Begebenheiten stattfinden können, die später auf assoziativem Wege haften bleiben. Diese Theorie wurde 1892 von *Binet* gefördert, d. h. ein Jahr vor der Veröffentlichung der *Freud*schen, *Kraft-Ebing*schen

Lehre. Von den mannigfaltigen sexuellen Eindrücken des kindlichen Alters war auch in unserem Fall die Rede. Aber warum bleiben bei dem einen diese Eindrücke assoziativ haften, entwickeln sich in der Folge zu bestimmten Perversionen und werden nicht, wie bei der Mehrzahl, überwunden? Diese Frage bleibt offen. Hinsichtlich unseres Falles können wir einige Voraussetzungen aussprechen, die wir jedoch nicht verallgemeinern möchten, obwohl sie, wie uns dünkt, nicht in den Rahmen eines Einzelfalles gehören. Wir haben die biologische Minderwertigkeit des Gehirns in der Erblichkeitslinie im Auge, die Anwesenheit in derselben Linie von Narkomanien, die wie die sexuellen Perversionen ebenfalls zu den Triebstörungen gehören und in dieselbe Reihe wie die Perversionen gestellt werden können (erinnern wir als Beispiel an die häufige Vereinigung von Kokainismus und Homosexualität). Die Persönlichkeit des Patienten baut sich nach dem Typus der epileptoiden Psychopathie auf, mit Zwangsmomenten, und dieselben psychischen Züge finden wir auch in der Erblichkeitslinie. Wie bekannt, beziehen sich der Klassifikation nach alle genannten Besonderheiten, Perversionen, Zwangsvorstellungen, psychopathische Anomalien auf die eine Gruppe von »Grenzzuständen« (wir geben uns natürlich Rechenschaft davon ab, daß diese Klassifikation unzulänglich und nur provisorisch ist). Gehen wir zu den Details über. Der Vater des Patienten starb an progressiver Paralyse, der Bruder des Patienten starb an Landry'scher Paralyse, der Großvater an Delirium tremens. Ein Bruder des Patienten litt an Kokainismus, die Mutter raucht seit der Kindheit. Einer der Brüder des Patienten leidet an Zwangszuständen, der Vater und ein Bruder sind Epileptoide. Zwangsmomente sind auch bei unserem Patienten vorhanden. Zu seinen ihn unablässig verfolgenden Perversionen verhält er sich vollkommen kritisch und vermag trotz Willensanstrengung nicht ihrer Herr zu werden; hier ist es auch am Platz, an den bei dem Patienten in der Klinik eingetretenen Abscheu gegen Schneideinstrumente zu erinnern. Charakterologisch sind wir geneigt, unseren Patienten der Gruppe der epileptoiden Psychopathen zuzuzählen; zugunsten dessen sprechen die Schwermutsanfälle (zwar zum großen Teil motivierte), die große Reizbarkeit, der Charakter der plötzlich mit unwiderstehlicher Gewalt auftretenden und mit tiefem Schlafe endenden Verstümmelungsakte. Erinnern wir auch an die Neigung des Patienten zu detaillisieren, und an den epileptoiden Charakter beim Vater und Bruder. Eine große Bedeutung geben wir dem Eidetismus bei unserem Patienten. Einerseits ist nicht ausgeschlossen, daß zwischen Eidetismus und epileptoider Skrupulosität ein Band besteht, andererseits kann ohne jeden Zweifel der Eidetismus dazu beitragen, die kindlichen Eindrücke dauernd zu befestigen, zu fixieren. Wir wissen, daß

dem kindlichen Alter der Eidetismus eigen ist, bei Erwachsenen kann man ihn hingegen als ein Symptom von Infantilismus bewerten. Indessen verbinden, wie wir oben gesehen haben, die meisten Autoren die Perversionen mit Infantilismus, indem sie sie für eine Hemmung der Entwicklung halten, in dem Alter, wo die geschlechtlichen Besonderheiten nicht abdifferenziert sind und die sexuellen Eindrücke leichter zu »assoziativen Perversionen« führen können. In welchem Maße es gelingen wird, den Eidetismus auch in anderen Fällen von Perversionen aufzuweisen, wird eine weitere, jetzt von uns unternommene Erforschung zeigen.

Ist Grund dazu vorhanden, von einer besonderen Konstitution oder besonderen klinischen Form zu sprechen, mit der die Perversionen und speziell unser Fall verbunden sind? Wir glauben das nicht. Man spricht vom Überwiegen der schizoiden Konstitution, wir denken, daß es sich eher um »Schizoidisierung« (im Sinne *Serejskis*) handelt, um einen durch komplizierte Lebensverhältnisse hervorgerufenen Artefakt. Es wurden mißlungene Versuche gemacht, von einer speziellen Konstitution bei Masochismus zu sprechen; das ist der sogen. Metatropismus nach *Magnus-Hirschfeld*. *Hoffman* versuchte diese Konstitution genotypisch zu begründen: infolge des Unübereinstimmens der Valenzen bei den beiden Eltern entsteht eine Verirrung in der sexuellen Natur, wobei beim Mann weibliche Züge aufkommen und umgekehrt; derartige Perversionen erreichen nicht den Grad des Homosexualismus. Übrigens ist *Hoffman* selbst vorsichtig genug, wenn er bemerkt, daß eine Konstitution solcher Art nicht immer aufgewiesen werden kann. Wenig überzeugend scheint uns das Ausschalten einer speziellen Kategorie von »sexuellen Psychopathen« (*Kahn* u. a.), das uns in die Zeiten der elementaren, beschreibenden Klassifikation zurückversetzt.

Zum Schluß muß, um auf unseren Patienten zurückzukommen, bemerkt werden, daß da das Herunterhängen des Fußes die beständige Versuchung der Selbstverstümmelung stimulierte und andererseits der Kranke beschlossen hatte, auf eine physische Arbeit überzugehen, wir ihn in die chirurgische Klinik überführten, wo ihm eine orthopädische Operation gemacht wurde. Leider wurde der Patient bald in eine Landesanstalt übergeführt und weitere Befunde über seinen Zustand besitzen wir nicht. Welch einen Erfolg die orthopädische Behandlung haben wird, — ist schwer zu sagen. Interessant ist, daß es *Slotopolsky* unlängst gelang, in einem Schizophreniefall mit sexuellen Zwangsvorstellungen dieselben mittels Kastration zu beseitigen.

Pathographien von zwei schizophrenen Frauen.

(Zusammengestellt auf Grund ihrer deutsch geschriebenen Aufzeichnungen.)

Von

Dr. med. et Dr. phil. **Casimir Wize.**

Es handelt sich in der vorliegenden Zusammenstellung um eine Auslese von Inhalten, die allgemeine Triebrichtungen in krankhaften Erscheinungen darstellen. Diese Inhalte sind einerseits in dichterischen Erzeugnissen einer in Polen gebürtigen Deutschen H. Sc., anderseits in Bekenntnissen und Kundgebungen einer Polin, die ebenfalls deutsch schreibt, enthalten. Die Polin M. Fl. stammt aus dem früheren Österreich-Schlesien. Sie hat ihr Leben zum Teil in Wien und in Marburg an der Drau zugebracht, hat auch Lido kennen gelernt und, anscheinend deutschen Kreisen angehörend, deutsche Bildung genossen.

In meinen Erwägungen stütze ich mich auf eigene psychologische Voraussetzungen, die zum Teil an diejenigen von *Kahn*, *Kronfeld* sowie von *Adler* anklingen.

Die von mir beachteten psychobiologischen Voraussetzungen sind vor allem die drei Haupttendenzen des Lebens beim Landwirbeltier:

1. Bedürfnis nach selbständiger Sauerstoffversorgung in der freien Luft und daraufhin Befreiung vom Mutterleib, später auch vom Elternhaus, vom Nest und vom Heim;

2. Sättigung des Nahrungsbedürfnisses;

3. Befriedigung der sexuellen Neigungen und die Ausübung des Fortpflanzungstriebes.

Diesen drei psychobiologischen Hauptbeweggründen könnte man durch Worte der beiden deutschen Dichter, Goethe und Schiller, eine gewisse Weihe verleihen. Es wäre das nach der Art von *Kretschmer*, der oft, an Dichterworte und ihre Charaktere sich anlehnend, seine Behauptungen zu bekräftigen sucht.

Goethe schreibt: »Frankfurt bleibt das Nest ... wohl um Vögel auszubrüteln.« Im Urgötz sagt Franz: »Ich wollte meinen Vater ermorden, wenn er mir den Platz streitig machte.« Ferner lesen wir bei Goethe: »Wo das bisher beängstigte Naturkind in seiner ganzen Losheit wieder nach Luft schnappt.« In den ange-

führten Stellen betont Goethe die Wichtigkeit der Selbstbefreiung, die bei Schiller in seinen Freiheitsdramen das Hauptthema bilden, die aber Schiller dort nicht berücksichtigt, wo er die Rolle der beiden anderen biologischen Triebfedern unterstreicht, nämlich die von »Hunger und Liebe«. (Die Weltweisen.) —

Alle drei aufgezählten psychologischen Beweggründe kommen genealogisch, phänologisch und ökologisch zur Geltung, und zwar wohl immer zugleich, obschon nach einer dieser drei Richtungen in vorwiegender Weise orientiert. Das Genealogische gibt die »Pathogenese«, das phäno- und ökologische wirkt »pathoplastisch«.

Dem Genealogischen gehört das Unter- und Vorbewußte, das Mnemische, das »global Verankerte«, das Hypophänomen an, dem Phänologischen das Bewußte, Gegenwärtige, oft auch Zufällige, das Phänomen, dem Ökologischen das Soziologische, das Völkerpsychologische, das Überbewußte, das Hypostatische, das Hyperphänomen.

Das Hypophänomen ist den Psychoanalytikern bekannt und von ihnen in der eingehendsten Weise geschildert und ausgenützt.

Das Phänomen ist das, was man unmittelbar beobachtet, ohne an seine Genese und weitere Bestimmung zu denken.

Das Hyperphänomen wird wohl zumeist als »Hypostase« von den Philosophen von Plotin über Supinśki bis Wundt und Vaihinger, als das »Transzendente« von Scotus Eringena, Leibniz, Kant usw., als das ἅπερ φύσεως ὑπερῆται von Herennius, gewürdigt. Es ist mehr denn alles andere dazu angetan, die Lehren von *Kiewet de Jonge* uns glaubhaft zu machen, daß nämlich nicht der Geist im Gehirn seinen Sitz hat, sondern das Gehirn im Geiste. (*Kiewet de Jonge*. Das Atommodell von Rotherford-Bohr bei der Frage von der Art und dem Zusammenhang geistiger und körperlicher Prozesse. Psychiatr. en neurol. bladen Jg. 1924. Nr. 1/2. S. 60—66 und S. 76—77. 1924.) *Lévy-Valensi* nennt in seinen Erörterungen des »Überbewußte« ein »soziologisch Unbewußtes« (Mentalité primitive et psychopathologie. Annales médico-psychologiques. 1934. p. 676). Das Hyperphänomenale in der Kunst unterstreicht in geistreicher Weise Bettina von Arnim in ihren dem Bethoven nachgefühlten oder entlockten Ideen über den »höheren Wert eines Wissens«, das »den Menschen umfaßt«, ohne daß derselbe dieses Wissen »zu fassen vermag«. —

* * *

1. Die Befreiung vom Mutterleibe und die daraufhin erfolgende selbständige Sauerstoffversorgung und Bewegung ist durch die Atmungs- und Blutverteilungsorgane, von den Nasen-

öffnungen bis zum Zwerchfell bedingt. Als erste Großtat und Mutbezeugung sind hier der erste Atemzug zu verzeichnen, das erste Gekreisch, sowie die ersten Bewegungen, die zum Gehen, Kriechen, Fliegen führen — letzteres selbst vom hoch angebrabrachten Nest aus, etwa des Mauerseglers oder des Turmfalken.

Die Befreiung vom Mutterleibe, vom Vater, vom Elternhause, von der Umgebung, wohl auch von der Zivilisation überhaupt, oder vom Althergebrachten, wird selbst auf unbewußtem Wege zu einer der wichtigsten Entwicklungsbedingung, in der Form vielleicht der von *Henry Starr* sogenannten »prometheanischen Konstellation«. Diese ist auf Stelley und Äschylos zurückzuführen. Wer aber Milton und den philosophischen Ausgangspunkt des Pentateuchs ins Auge faßt, der ist geneigt, die »Erzengel-Michael-Konstellation« allen anderen als Leitmotiv vorzuziehen. Dem Erzengel entspricht im neuen Testament der Heiland, im Mittelalter der »Ritter vom heiligen Geist«, der als Siegfried, als Lohengrin Kämpfe besteht, als Tannhäuser Buße tut und mit Hilfe einer Elisabeth von Thüringen erlöst wird. Ritter vom heiligen Geist sind auch Hus und Luther. —

Unter dem Zeichen der geistigen Befreiung und Erhebung stehen die poetischen Erzeugnisse unserer Patientin H. Sc. (Ich wahre die Schreibart der Kranken):

»Allmächtig ist nur Gott allein! Die Geistlichkeit kommt hinterdrein. Doch dass sie ganz verschieden ist! Das weist du! doch von Gott geschützt.

»Wo Jesu Christ doch gnädig ist. Die Geistlichkeit kommt mit Gericht. Drum sei nicht stolz zu Gott dem Herrn, wenn gleich die Geistlichkeit dir fern.

»Vom heiligen Geist wirst du erleucht! Vom Geistlichen nicht mehr betreut. Auf halben Weg er dich bekehrt, doch ist er deiner nicht mehr wert.

»Gott doch spricht noch vor Moral! Dem Geistlichen ist sie egal. Von Keuschheit Zucht und Ehrgefühl da hat er endlich sonder Ziel.

»Denn sag ich endlich auch zuletzt! Wend dich zu Gott und nicht am Knecht. Bei Ihm Vergebung du erhältst. Vom Knecht du schrecklich hingestellt.«

Man sieht, eine Entgegenstellung von Priester und Gott, wie in der Tannhäusersage die Entgegenhaltung des Urteils von seiten des Papst Urban und des Rosenwunders als Gottesgerichtssymbol.

»Sündennot.

»Du strömender Gnadenfells, du teurer Jesunahme(!). Wir vom Wogenprall der Zeit gestürzt, ins Abgrunds-Sünden-ramen(?) Hilf erheb uns aus den Triften, in die ewigen Himmelskliften« usw.

»Glaubensperle.

»Flatter flatter Täubchen flattern nach Oben aus! Dein Flügel so leicht die des Käutzchens, im Schnäbel trugst du einen Strauss.

»Es war die heiligste Mirte, für ihren Heiland geweiht! Hier stand sie als Verirrte dort als Braut der Herrlichkeit.

»Nach oben im lichtblauen Kleide, war sie doch dem Täubchen so gleich! Ihr Herzlein so weich doch vor Freude, dorb oben ein Englein so reich.

»Du trugst die herrlichste Perle dir deinem Heiland hin! Wie reich war doch dein Glaube, wie treu war doch dein Sinn.«

Idyllisch an die Legende vom Jesuknaben im Tempel knüpft ein Gedicht an, das ebenfalls ein „Befreiungskomplex« enthält.

»Geistiges Sonett.

»O holder Jesuknabe geführt vom Elternpahr! Jerusalehm die Frage, die heilige Stadt es war. Wie überweltigend der Eindruck im Gottes-Haus zu sein. Zu dienen seinem Vater, der Herrlichkeiten Schein!

»O du herrliche Sonne o du liebes Licht! Wie gross war deine Wonne, du konnst dich trennen nicht. Vom Hause deines Vaters, allein bliebst du zurück! Die Eltern dich vermissten, sie suchten nach ihr Glück.

»Sie suchten Tag und Stunden, fasst ohne Unterlass! Bis sie dich gefunden, wo du zu finden warst. So wie der Jesuknabe so jung zum Vater kam! Besteht auch jetzt die Frage, solls eben nicht so stahn?

»Die Kinder auch geführt zum treuen lieben Herrn! Das sie kein Staub berüret von des Satans Kern. Verantwortsvoll die Eltern hier doch sind zur Zeit! Wann sie ihren Kindern nicht geben das Christlich Geleit.

»Führst du zur Zeit die Kleinen zum lieben Kirchlein hin! So hat es seine Freuden, so hat es seinen Sinn. Führst du sie einst zum Taufstein in Jesu Arm hinnein, dann sind sie wohl geborgen, dann sind sie sicher Sein.

H. S.

— Die »Ritterin vom heiligen Geist« H. Sc. kämpft gegen Teufel und Selbstverirrung, wie der Erzengel Michael; gegen Pfaffen und Priester, wie Ulrich von Hutten. Die andere Kranke, die im tiefen, äußerst ehrwürdigen Ernst verbleibende M. Fl., ist weniger aktiv, als vielmehr aburteilend. Für sie gibt es keinen Erzengel- noch Titanenkampf, denn es gibt einfach keinen Gott, keinen Weltschöpfer außer dem Menschen. Jesus und Maria »sind nur Menschen«. Alles, was Zwang bedeutet, wird abgeschafft, abgesetzt von der »regierenden Kaiserin und Königin M. Fl.«. Es handelt sich bei M. Fl. meist um Sublimierungen der Poriomanie in der Richtung von Pyromanie, unter Gestalt einer Neststörung und eines Brückenabbruches (Neossioperthie und Gephyroklasis), ja um Anarchismus und Nihilismus. Alles wird abgesetzt oder für nichtseiend erklärt.

»Krankheiten haben nie Eksestiert. Krankheiten Eksestieren nicht. Darum sind seid Jahr 1915 Bei allen Menschen für alle Menschen für Imer alle Ärzte Berufe und auch alle Krankenpfleger Berufe und auch alle Hebamen Berufe und auch alle Krankenpflegerinen Berufe für alle Zeiten für ü'mer gestrichen.«

»Gestrichen sind« ferner Militär, Kloster, Polizeiämter und Polizisten, Gerichtsämter und Gerichtsbeamte, Gendarmenämter. ämter.

»Nur die Weltlichen gerechten Pflichten sind gültig als gültige Gesetze Gebote Paragraphen.«

»Nur die gerechten Weltlichen Gesetze sind imer für alle Menschen Imer Iberal gültig.«

»Gültig ist das Jeder gerechte Mensch seine Eigene Freiheit für imer ohne Reverse Erlangen und Bekomen und Bestimt Erreichen tut. Wenn er 10 Jahr und 8 Monate lang in Irrenhäusern imer Gerecht nur imer als ein Pazient gewesen ist.«

»Wer Gerecht ist, der hat das Recht nach 10 Jahren und 8 Monaten für imer dan aus Allen Irrenhäusern Irrenanstalten selber Vortzugejen.«

(Diese 10 Jahre und 8 Monate bedeuten die Strafe der Unterbringung in die Anstalt für die von der M. Fl. begangene Sünde, »Brunze«, Brunstblut, Menstruationsblut verabreicht zu haben. Diese Zeit nennt M. Fl. die »Brunzekrigzeit«.)

»Ungerechte Reverse Erpresungen, ungerechte Reverse Abmachungen waren nie Gültig.«

»Gerechte Menschen mus man aus Irrenhäusern na 10 Jahren und 8 Monaten Brunzekrigzeit Entlassen, nur solche die selber Weggejen wollen.«

»Ungerechte Menschen werden nach 10 Jahren 8 Monaten Brunzekrigzeit in einzelnen Arestzimer in Areste Abgehohlt werden. Die Areste werden erst nach den Brunzekriege in der Welt nur von mir M. Fl. Erbaut und Gemacht werden.«

»Arestanten haben keine Freiheit die in Aresten in Arestzimern Eingespert sind. solange Sie Als Arestanten in Aresten Eingespert sind.«

»Irrenhaus Menschen die in Irrenhäusern nur Pazienten sind haben keine Freiheit solange Sie in Irrenhäusern nur Pazienten sind.«

»Freiheit heist man nur das wen man überal in der ganzen Welt selber hin gejen kan Wohin man selber hingejen wil.«

Die Jesuse die Aus Wachs gemachte sind sind Alles wirkliche Lebendige Menschen. Weil das kein Wachs ist, das so Aussejen tut. wie Wachs Aussejen tut. Darum sind das Alles Wirkliche Menschen, die so Aussejen tuen Wie Wachs Aussejen tut.«

»Darum sind auch Alle alle Jesuse Christuse und alle Marie die An Kreuzen Angenagelt sind. Alles Lebendige Wirkliche Menschen. Die so Einen Menschenkörper haben tuen der so Aussejen tut Wie Wachs aussejen tut. Die Menschen darf man nicht Töten die an den Kreuzen sind. Die Menschen mus man überal von allen Kreuzen herunter nemen. Die Hände und die Füsse darf man den Menschen nicht Abschneiden die an den Kreuzen Angenagelt sind.«

»Kaidane und Zwangsjaken ist Ein und dasselbe.«

»Geben Sie Ihr Eine Schpanische, das kan heisen. Tuen Si Eine Lehmung in sie machen.«

Die Definition vom »Schpanischen« vervielfältigen sich in ähnlichen Redewendungen. »Schpanisch« heißt dann »Schlagen«, »Prügeln«, »Ohrfeigen«, »Watczen«(!) oder »Ein Zeichen Geben Einen Wink das Sie nichts Reden soll!« Es sind das vielleicht Erinnerungen an Früheres. Jedenfalls kann M. Fl. Zwangsjacken

nur von früher her kennen, da sie ja gegenwärtig doch wohl überall abgeschafft sind.

Gleich hinter den grausigen Wendungen kommt in den Aufzeichnungen von M. Fl. Erfreulicheres, Angenehmeres, um wieder mit einem »Scherzo lamentoso« zu enden.

— »Vor der Hochzeit gibts Kolatschen« (polnisch »kołacze« = Hochzeitskuchen) »und Streusekuchen Placuszki« (poln.) »Babki« (poln.) »Kugluse(?) Linzertorten, Vanilikipfeln, Husarenkrapfen Obst und Zukerle und Buter und Fet und Fleisch. Nach der Hochzeit gibts nur Watczen anstat Kolatczen. Watczen sind Ohrfeigen Prügeln Schläge.«

»Glücklicher Art gibt Es keine Hölle Glücklicher Art gibt Es kein Fegefeuer und Auch keinen Gott.«

»Das Glück ist nur hir in Der Welt. Einen Himel gibt Es nicht. Das Glück ist nur hir Auf Erden Einen Himel gibt Es nicht. Das Glück ist nur hir Auf Erden für Menschen.«

2. Der Nahrungsversorgungstrieb tritt beim freilebenden Tier und beim Menschen in unterbrochener Reihenfolge auf, sofern es Hunger- und Sättigungszeiten von längerer Dauer gibt. Es wird das junge Tier und das Kind bald nach Geburt Hunger fühlen, wenn auch der Hunger an sich nicht so lebensgefährlich wie die Atemnot ist. Es ist darüber hinaus noch immer Zeit vorhanden, um sich Nahrung zu verschaffen, und auch zu sichern.

Der biologischorganische Ort für das Nahrungsverarbeiten, für die Assimilation, erstreckt sich vom Mund durch den Oesophagus bis zum Unterleib mit seinen Organen als Hauptort.

Im Interesse der Sicherung der Nahrungsversorgung werden Vorräte gesammelt, Marken erobert, Kolonien gegründet. Der Mensch hat darin ein Vorbild schon im Hamster, in Raubwespen, Ameisen, Bienen, Termiten, ja im Wettstreit der Waldbäume um Zutritt zur Kohlenstoffversorgung unter freiem Sonnenlicht über den Wipfeln. Mit der Beute verbindet sich früh die Jagd und vorbereiteter Kampf. Wie im Tierreich der Löwe durch Gebrüll die Besitznahme der Wüste, die Singvögel durch ihren Gesang diejenige der Gebüschhecke, so verkündet auch der Mensch seine Eroberungen, seine Land- und Städteeinnahme, durch Musik und Trompetengeschmetter und durch der Pauken Schlag. Wie beim Menschen Flaggen als Zeichen von Besitztum gesteckt werden, so gibt es auch bei Tieren eine Bezeichnung von Grenzen ihrer Jagdberechtigung, kopro- und urographischer Art, an Ecksteinen, Baumstämmen, Hügeln, Feldrändern, am Waldgelände.

Man beobachtet darüber hinaus noch Nestgeruch, der vielleicht mit dem Geruch der Negerstadtviertel z. B. in den Städten der Vereinigten Staaten von Nordamerika zu vergleichen wäre. Ameisen scheinen sogar ihren Nestgeruch mit sich herumzutragen, so daß Freund und Feind leicht unterschieden werden können,

falls es sich nicht bei Ameisen und anderen Insekten noch um einen besonderen für die Menschen unbekannten »Fühlersinn« handelt.

Die Sorge um die Nahrungsverschaffung überläßt die Frau bei den europäischen Völkern dem Manne, indem sie selbst sich mit der Nahrungsbereitung befaßt. Das ganze Nahrungsgeschäft für das Ameisen- und Bienennest übernehmen geschlechtlich unentwickelte Weibchen.

Die beiden hier ins Auge gefaßten Kranken haben wenig Nahrungssorgen, da sie die Nahrung regelmäßig ohne ihr persönliches Zutun erhalten.

Doch konnten wir bei H. Sc. folgendes Gedicht auffinden:

»Gebet.

»Verlass mich nicht Herr Jesu Christ! Da du doch mein Versorger bist. Und bin allein ich auf der Welt, so kommst Du wenn es Dir gefällt.

»Du nimmst mich auf ins Himmelreich! Machst mich den lieben Engeln gleich. Gefällt es dir und hast mich lieb (mich lieb!) Mich meiner lieben Mutter giebst.

»Doch aber wahr es nicht bestritten! Wir wollten Dich doch alle bitten. Das doch keiner ging verlohren, die Du selber auserkohren.« —

Bei M. Fl. lesen wir:

»Ein Irrenhaus Essen in der Irrenhausküche Verlangen zu gejen ist immer sehr gefährlich

»Unglücke sehr große geschehen sehr oft Befor Ein solches Essen gekomen tut, der Richtigen Personc, man Erschlagt die Bringer schon am Wege die das Seperate Essen zustellen komen tuen und last Sie zu der Richtigen Persone nicht hingejen für die Sie das Seperate Essen Tragen tut und zu Bringen sucht.

»Am Allermeisten unterschlagt man auch nur sehr Oft solches Essen« usw. —

»Auf den Wissen und Feldern muss überal imer sehr schönes Getreide und gemüse Obst Früchte Wachsen. Darum darf man Bäumeblätter Auf die Wissen und Felder nicht Ausstreuen gejen.«

3. Noch weniger beständig als die Nahrungsversorgung ist das Sexuelle. Zu seiner vollen Entwicklung kommt es bei den sogenannten »höheren« Tieren und beim Menschen erst in einem bestimmten Lebensalter. Man kennt auch Perioden von sexueller Gereiztheit und von Gleichgiltigkeit. Es gibt darüber hinaus ein Cölibat nicht nur unter Menschen, sondern auch bei Tieren und Pflanzen, wie Ameisen, Bienen, Termiten, wie die Einzeltiere am Polypenstamm, wie Lockblüten ohne Staubfäden und Griffel. Zu Cölibaten — nicht etwa Eunuchen mit Einbuße eines Teils der geschlechtlichen Hormone —, zu rechnen sind auch Künstler und Gelehrte, Feldherrn, ja den Feldherrn ergebene Krieger. Ein geborener Hagestolz ist wohl der Staatsmann, wie ihn uns James Kendel in Balfour im neunzehnten Kapitel seiner »Neuzeitlichen

Alchemie« hinstellt. Ein Cölibater ist der für seine Ideen lebende Professor, auch wenn er in der unbedachtsamsten Weise Ehen, zumeist mit den eigenen Schülerinnen, eingeht.

Trotz der angegebenen Tatsachen sehen viele Gelehrte und praktische Psychiater das Sexuelle als die biologische Haupttriebfeder alles psychischen Geschehens an. Man könnte geneigt sein, — (der echte Nordländer meint es zumeist) — die vorwiegend sexuelle Einstellung mancher Gelehrten ihrer Zugehörigkeit der mittelmeer-phönizisch-syrischen Menschenrasse zuzuschreiben. Vor der phönizisch-syrischen Moabiterpest mußte schon der anscheinend cölibatär gesinnte und keusche Moses erschrecken und vor Zorn entflammen. Weibstoll und sexuellwütig durfte auch dem schwedischen Arzt, *Axel Munthe*, der ganze Kreis um Charcot erscheinen, und wohl sonst auch ganz Paris, das voll von liebenswürdigen Mädchen ist, die alle in der lebendigsten Weise uns an die Töchter Moabs mahnen.

Wenn auch das Sexuelle im Menschen erst im Verlaufe der Jahre reifen muß, so wird der Mensch als Mann und Weib mit sexuell bedingten Organen und Charaktereigenschaften geboren. —

Von unseren beiden Kranken hat sich H. Sc. sexuell weder ein- noch ausgelebt, die M. Fl. dagegen in vollem Maße.

H. Sc. bewahrt ihre Jungfernschaft als zu schätzendes Kleinod für ihren Geliebten, der ein Fürst ist und mit dem sie »höchstverlobt« ist. Wenn sie auch von ihrer »Höchstverlobung« mit einem Hohenzollern recht bescheiden und in Andeutungen nur zu sprechen sucht, ja sogar zu Symbolen greift, so kann sie nicht genug Worte finden, um die Niedertracht derer kennzuzeichnen, die ihre Jungfernschaft gefährden und sich nicht scheuen »elektrische Apparate an den Außenwänden ihres Schlafzimmers anzubringen«, um sie zu beobachten.

Einer Sublimierung des Sexuellen gehören Gedichte an, wie die hier folgenden:

»Fells

»O Hochmut des Teufels verächtlicher Kern. Der wurzelt im Menschenherz.

»Die Seele entzieht dem Jesu dem Herrn. Welcher der Fels der Hort.

»Verächtlich die Arbeit des Teufels im Sinn! O Herr meine Kraft was soll ich beginn.

»Leg deinen Stab in mein rechte Hand! Das nicht mit des Teufels Konsort ich verwandt.

»Das nicht überlüstet von des Teufels Wuth! Nicht Narung findet sein tückische Brut.« H. S.

»Ml. Wenn ich den Wandrer frage
Des Flusses süsser Weide;
Frischen Quells!
Nur Dornen, nur Dornen

Zur Ehr,
Des Lebens Fels.
Des Friedens Siegesfahne —
Lösegeld!
Dem Ärmsten, dem Ärmsten
Zur Wehr;
So sehnlich gestellt.
Du Trohn der leuchtenden Seele
Sündenschuld
Des Pilgers, des Pilgers
Weg;
Des Heilands Huld!
In Worten gekleideten Meeres;
Seelen: Not
Nicht Trägheit, nicht Trägheit
Der Steg;
Des Irrenden Tod!
Das Schäflein dem Hirten so gütig;
Des Kleinods Kraft!
Nur Seele, nur Seele
Sich selbst;
Dem Hirten (zur Ehre) geschaft.« H. S.

»Kampf.«

»Willst du rasten in dem Kasten deiner tiefsten Sünden-Not? Die Beschwerden dieser Erden, führen hier zum ewigen Todt. Darum erhalte und behalte was der Herr dir gab! O grausig get's Bergab.« H. S.

»Glaubenskampf.«

»Saatan zeig mal deine Krallen; die du doch so spitzig schreisst(?). Hast auch an mir kein Gefallen! Du bist bewiesen schwarz auf weiß. Ich liebe Jesu nur allein und möcht ewig bei Ihm sein.

»O du bist listig ... usw.

»Liebesbeweis.«

»Im Bettlein im süssen träumen umgaukelt von Blumenmehr! Kahm zu mir ein flatterndes Täubchen! Und brachte ein Brieflein daher...

. . . . . .

»Willst Grüsse du bringen dem Spender der im Brieflein hier so traut! Der mir seines Herzens Verfänder! Ich seine Liebe geschaut.«

H. S.

»Diakonie.«

»Es war die kleine Heulmarie; welche nur weinte, spat und früh ... usw.

»Doch waren es nicht nur Mägdelein, recht heitere Bengel kamen hinterdrein. Der eine kam drei Käse hoch! Er schon zu den kleinen Mägdlein kroch. Doch war er ein allerliebster Racker; aber auch zugleich ein kleiner Hosenkacker.« —

Entgegen der H. Sc., die man mit ihrer gedämpftöden Keuschheit wohl als eine unbeachtete Spröde charakterisieren könnte, stellt sich die sonst recht tiefsinnige, ehrfurchtvoll-ernste

M. Fl. im Bereich des Sexuellen recht Blocksberg-mäßig vor. Kein »Proktophantasmist« wäre fliegenmadig genug, um die ganze Zotenhaftigkeit ihrer Ausdrücke so recht zu genießen. M. Fl. erkennt keine Kirchen- und Staatsehe an; sie hat in wilder Ehe mit ihrem Geliebten gelebt, ist kinderlos. Doch »hatte sie mehrere Kinder 'aus jeder ihrer Fingerspitzen geboren'«.

Mit dem würdevollen Ernst ihrer tiefbraunen Augen erzählt sie von ihrem Liebesleben, wenn man es überhaupt so nennen darf, und schreibt auch über dasselbe in ausgesucht zotenhafter Weise:

»Wie die Pillen in Ihr Eigenes Vorderes Orschloch sich selber sehr Oft Oder nur zwei oder drei mahl in Ihrem Leben. Bis Jetzt gewesen sich herein gesteckt haben und sich damit Orschloch geschlechtlich Befriedigt Begatert haben hörenz Sie sind ein Schwein.«

»Das Schwein M. Fl. hat sich in Disen Kranken Pflegerinnenen Zimer Wien Wöhringerstraße Numero 26. I Stock (!) in Ihrer damaligen Wohnung Dunst-Bäder sehr Oft von selbst gekochten Kreutern gemacht mit denen Sie sich Auch sebstverständlich(!) nur Sinnlich in Ihren Gedanken Eingaben Willen Wünschen und Orschlochgefühlen Willen Wünschen Orschlochgeschlechtlich Begatert und Befriedigt hat.« —

»Orschlochgeschlechtsverkehr darf Bei Menschen Nirgens derzeit gemacht werden.«

»Nur die grossen Tiere grosser Tiere Rassen darf man Schwängeln.«

»Menschen dürfen mit Menschen Orschlochverkehre nicht machen.«

Die geschlechtliche Zusammenkunft mit ihrem Schulkatecheten beschreibt M. Fl. recht idyllisch. Sehr charakteristisch klingen die Worte des Verführers:

»So Ein Weibchen wie die ist a Freid die Wil Ich Auch haben.«

»In Marburg an der Drau« masturbiert sich die M. Fl. in der ausgesuchtesten Weise mit einer »lauwarmen Wasserleitungspipe«.

»Erst nach dem Brunzekrige gehört mir M. Fl. die ganze Welt die ganze Erden mit Allen Sachen die in der Welt sind.«

»In Einen öffentlichen ofenen Meree(!) hab ich mich M. Fl. mich auch schon öfters in Italien am Lido in Italien als Weltliche Prüwatkrankenpflegerin gebadet, und hab mich dabei selbstverständlich(!) damals auch nur mit mir Selber Orschloch geschlechtlich auch wider dabei Begatert und Befridigt.«

»Im Meree(!) darf man sich von nun An nie Baden gehen.«

»Frieden ist Rul̃e(!) Gerechtigkeit.
»Was ist Friden
»Friden ist Rule und Gerechtigkeit
»Was ist Friden
»Friden ist Rule durch Gerechtigkeit.
»Was ist Liebe

»Liebe ist Frieden(!) gemachter durch Erfühlte Gerechtigkeit durch die der Reichtum in der Welt und das Glük(!) in der Welt nur Auf ge-

rechte Art in der Welt gemachter ist, und Sich imer Vergrösern tut und Vermeren tut.

»Was ist Liebe

»Liebe ist Friden durch Gerechtigkeit« ...

Manches klingt hier — sit venia verbo — an Nietzsche an.

»Derzeit darf man Menschen neue nicht Erzeugen nicht machen nicht Erschafen.«

»Erbsünden gibt Es keine. Erbsünden hat es nie gegeben. Erbsünden Eksestiren nicht. Darum ist ein Jeder Mensch imer jeder ohne Erbsünden, ohne Erbsünde geboren worden.«

»Die Erbsünde die die Eigenen Eltern Einem gegebenen Geschenkt und gemacht haben, und mit Ihren Eigenen Orschlochen Vorderen Geschlechtsglidermaßen nur Ihren Eigenen nur an sich selber gemacht haben. Der Orschlochverkehr ist die Erbsünde den die Eltern nur ganz alleine mit sich selber mit Ihren vorderen Orschlochgeschlechtsglidermaßen nur Eigenen mit Einander zusamen nur an sich selber gemacht haben. Darum gibt Es keine Erbsünden.«

»Oder man wart dort selber dabei ... den Ich selber Bin Ein Zeuge Dabei gewesen dafon(!) Wie sie die Tat gemacht haben.«

»Brunze zu Essen der Sie Wissen schon Wen gegeben haben den Sie selber sind dijenige die die Brunze der Frau W. in Wien in Döbling in einen Prüwathause zu Trinken gegeben hat.«

»Person ganz Egal die dise solche Tat gemacht hat gegeben und Eingeschenkt selber Was Gefäs und Wein Was für Gefäss und Was für Allerbester Wein der Allerbesten Sorte

»Wert des Weines Sort des Besten Weines Nikswert Brunze gewesen.

»Da ist die Aufklärung und Deutung von jeder Tat gesprochen.« —

4. Bei der Beschreibung der drei bioorganischen Haupttriebrichtungen waren immer sowohl bei H. Sc., als auch bei M. Fl. die in den Vordergrund tretenden phänologischen Erscheinungen mehr oder weniger mit ihrer genealogischen Unterlage gemischt. Das Genologischorganische diente sogar systembildend.

Auch reingenealogische Rücksichten beachten beide Patientinnen.

Die Hohenzollernbraut H. Sc. weiß auf Grund ihrer hohen Bestimmung ihre Jungfernschaft zu wahren, da der Bräutigam sichtlich in hohem Maße dessen wert ist. Sie hält sie hoch und zwar mit der entsprechenden Zähigkeit den »frechen Mannsbildern« gegenüber, die von den Wärtern bis zu den Ärzten und selbst bis zum Direktor hinauf, ihre Jungfernschaft fortwährend, ungeachtet der hohen, sie erwartenden sozialdynastischen Bestimmung gefährden, indem sie es wagen, selbst kunstvolle elektrische Apparate an der Außenwand des von ihr bewohnten Zimmers anzubringen, um sie bei Gelegenheit zu überrumpeln.

In den Träumen der keuschen Jungfrau scheint es zu Sublimierungen zu kommen, vom Fürst zum Jesus dem Heiland, von der Fürstenbraut zur Magdalene.

— »Ml. Fürsten sind Menschen.

»Sehnendes Herze mit Tränen beladen! Der Keuschheit zu Gnade du kämmfen(!) must. Der Saatan der böse möcht dich begraben Er seine Freud hat und Lust.

»Vor Bosheit und Tücke er hüpfet und springt! Deine Seele doch jubelt und dafür singt. Er kann dich nicht fassen! Es wird ihm gereun, vor Jesus dem Heiland er sich noch wird scheun.

»Und ist auch dein Herze so schwer doch getreu! Du hast einen Heiland, darum hoffe aufs neu. Kummer Verzagtheit ihn nur wird erhöhn. Drum liebe den Heiland, noch kannst zu Ihm flehn.« H. S.

»Hoheit«

»Aus allen allen Tücken und Bosheit der höllischen Flammen; Herr mein Heiland bist du so siegreich hervorgegangen.

»Mit einem Vorzug herrlichster Schöne. Der Unschuld zierenden bräutlich himmlischen Töne! Trath zu dir in Demut gekröhnt Jungfrau Magdalene.« —

Für M. Fl. war besonders das von der Erbsünde Geäußerte genealogisch unterstrichen. Genealogisch vor allem ist das Standes- und Herkunfts- oder gar Bestimmungs- und Sendungsgefühl als regierende Kaiserin und Königin M. Fl. in dem ganzen niedergeschriebenen Buche:

»Buch Numero 10. Jahr 1932.«

Dieser Bücher gibt es eine ganze Anzahl.

Die Bestimmungs- und Sendungsgefühle unserer Kranken wird kein Psychiater in leichtsinniger und naiver Weise abweisen. Sind sie doch mit ähnlichen Einstellungen bei bedeutenden Persönlichkeiten verwandt, die es verstehen und verstanden haben, die sonderbarsten Anschauungen und Ideen in Umlauf zu bringen. Gibt es auch Kulturideen, die die Freidenker als ganz unsinnig hinstellen, die aber trotzdem unsterblich sind. Wendungen von Tertullian, wie: »Credibile est quia ineptum est« haben ihren tiefen Sinn, ja selbst die Parodie darüber »Credo, quia absurdum« feiert ihre Triumphe, nicht nur in den Religionen, sondern auch in der Wissenschaft. Der eine Gelehrte sagt z. B.: »Natura non facit saltus«, der andere: »Natura facit saltus« und beide haben Recht. Leibniz glaubt an die Kontinuität und zerlegt die ununterbrochene krumme Linie dennoch in einzelne Gerade. Kant ist ein Verfechter der Idee von der Richtigkeit des Spruches: »Natura non facit altus« und macht einen »Sprung« ins »Transzendente« und ins »Transzendentale«, indem er Herennius, Scotus Eringena und Leibniz folgt. —

5. Von »oekologischer« Einstellung beider Frauen zeugen manche Äußerungen patriotischer und sozialer Art.

H. Sc. widmet Dichtungen dem deutschen Krieger:



»Ml. Argonnenwald.«

»Aus Angst und Bangen er doch rief, nehmt hin es ist der letzte Brief. Doch ist er für mein Mutterherz, sie trägt damit den größten Schmerz.

»Gequält sich noch hat eine Stund, dann schloß der Todt ihm seinen Mund. Er ward gelegt dann in ein Grab, ein Kammerad(!) geknieht dran hat.

»Bald tath man es der Mutter kund, im Dörfchen ging es in die Rund. Es war ein allgemeiner Schmerz, der grösste traf das Muttrherz.«

H. S.

»Krieger.«

»Ringe(!) recht gleich auch die Schwerter klingen! Wenn auch des Feindes Rotten dich drohen zu bezwingen(?) Erprob dein Arm! Du tapfrer Krieger Du.

»Sucht er auch mit allen Tücken! Die Todesfeile(!) auf dich zücken; du flehst zum Herrn! Des Kriegers Treu Er oft gelohnt. Hat Er bis jetzt dich nicht verschohnt? Drum Muth.

»Wenn gleich die Kugeln deine Adern ritzen! So wird dich dennoch Gottes Kraft beschützen. Nur Geduld! Hast du kein Schatz denn der Heimat mehr? — Drum zeig dein Ehr!

»Darauf die Todeskraft ihn weckt! Vor meinem Auge so mancher hingestreckt Bisjetzt noch steh in ihrer Mitten! Warrlich werd ich den Feind nicht bitten.« —

Die regierende Kaiserin M. Fl. hat oekonomische Sorgen. Sie macht Geldverrechnungen. Seitenlang lauter Zahlen. Tausende und Millionen von Kronen werden nach Hellern umgerechnet.

»Ein Tausend Kronen gemachtes und 1000 stück lauter einzelne Kronenstüke Geldstüke stüke gemachte ist ein und dasselbe das nur 1 Tausend Kronen sind

»Eine Jede Einzelne Krone hat nur 50 stük Einzelne zwei Hellerstüke stüke gemacht.« —

Auch Rechtsfragen werden berührt, wie folgende:

»Gerechte Menschen darf man nicht töten

»Gerechte Menschen darf man nicht Lemen«

»Menschen darf man nicht Jucken Elektrisieren.«

Für Mitmenschen sind auch Vorschriften bestimmt, wie:

»Alle Menschen sind nur imer Scheintot. In Jeder nur Jener Zeit wo Sie Tot sind. Darum darf man Kälte In den Körper der Toten Menschen nicht machen. Darum mus man auch sehr angenehme wärme imer In den Menschen Körper machen Weil Sie nur Scheintod sind In Jeder nur solchen Zeit Wo Si Tot sind.«

Der Wohnungsnot will M. Fl. abhelfen, indem sie aus Tierhufen, die verrieben und bei 1000° Hitze zum Brei verarbeitet werden, ein Baumaterial schafft, das mit Schilfrohr verklebt wird.

»Die schädlichen Blitzstrahlenstrom Wolken Elektrisirte fühlungen durchdrüngungen(!) durcheilungen durchströmungen durchgejungen Wirkungen darf man in den Körpern der Menschen nicht machen.«

»Meine Verwandten von mir M. Fl. darf man nie Schlagen.«

»Nur die Deutsche Sprache ist eine gültige Weltsprache und Auch die Polnische Sprache ist imer Eine gültige Weltsprache.«

»Wer Einen Schaden Anderen Menschen nie gemacht hat Der ist imer gerecht gewesen.«

»Ich Schei's Auf deinen Freundschaftkuszeichen. Wen du Ein Feind zu mir Bist. Ich Scheis Auf Freundschaft und Auf Kus deinen. Wen du der freche Feind zu mir Bist Versteckter Verstelter geheimer.«

»Menschen darf man nicht Essen. Menschen darf man nicht Töten.«

»Ungerechte Menschen sind keine Doktoren etzetra Ärzte.«

Lebe und lasse auch alle anderen Menschen alle Imer Sehr Glüklich Leben.« —

6. Außerhalb jeder biopsychologischen Einreihung, anekdotisch zufällig, sind viele Äußerungen.

Bei H. Sc. finden wir etwas, wie Mikropsie, die vielleicht von den alkoholischen Vorfahren in dem Gemüte der Patientin »mnemisch«, »global« verankert ist (Semon, Mazurkiewicz):

»Vierblatt Gezänk«

»Die Katze miaut die Eule brummt, die Maus fängt an zu laufen. Da mäld sich noch ein junger Hund! Sie fang sich an zu raufen. Miau brumm und knurr dazu! Die Maus fängt an zu laufen.« —

— Von M. Fl. gebe ich folgende Fioretti:

»Ich M. Fl. Bin noch nicht ganz genau Wisende Ob der Abgeschnitene Menschenrumf wirklich an einen Abgeschnittenen Menschenkopf Anwachsen tut.«

»Wer Deutsche Sprächen nicht Verstehen tut der Versteht auch die deutsche Sprache nicht.«

Man sieht, es geraten der M. Fl. Tautologien, wie sie besser die formale Logik nicht zustande bringt, weshalb sie von Schuppe mit Recht blosgestellt wird. Wie schreibt denn Theodor Lipps? »Die schöne Linie ist schön, weil sie dies ist.« Oder: »Eine Handlung ist sittlich richtig, wenn sie so ist, wie sie sein soll.« Oder weiter noch: »Schönheit ist in jedem Falle der Name für die Fähigkeit eines Objektes, in mir eine bestimmte Wirkung hervorzubringen.«

Wer wird es der psychisch kranken M. Fl. noch verargen, wenn sie schreibt:

»Ich bin nicht überzeugt Ob mir Jemand Glauben tut Wen Ich Ihm nur die Wahrheit Sagen tue«

»Man Weiss Aus Eigener Erfahrung und Kenntnissen Eigenen das jeder Mensch Ab und zu Lügen tut und dabei nie Lügen mus und dabei doch nie Lügen Brauch«

»Menschen sind keine Tiere Tiere sind keine Menschen.«

Ähnlich wie Schuppe urteilt über logistische Anmaßung und Verirrung Schiller im Gedichte »Die Weltweisen«.

* * *

An der Hand von Aufzeichnungen zweier psychisch erkrankten Frauen habe ich versucht, die biologisch wichtigen Richtungslinien des geistigen Lebens systematisch darzustellen. Es ist das eine möglichst objektive Psychoanalyse gewesen, da sie Fertiges und selbständig und unvoreingenommen Dargestelltes ins Auge faßte. Auch habe ich geflissentlich getrachtet, nicht von einem Maschenpunkte aus an dem wunderbar verflochtenen psychisch biologischen Netz zu zerren, sondern mehrere Gesichtspunkte möglichst unabhängig zu beurteilen. Ich tat es, obwohl, oder gerade weil ich mir bewußt war, daß es bei jedem auch noch so kunstvoll verflochtenen und selbst sphärisch gestalteten Netze, immer gelingen kann, von einem Punkte aus alles übrige in Mitleidenschaft zu ziehen. Wie leicht wird es aber dabei geschehen können, daß man durch Unbedachtsamkeit und Eigensinn ein regelmäßiges Krystallmodell in ein heteroklines verwandelte!

Es ist nicht schwer, Mensch, Tier und Pflanze, auch wissenschaftlich, nicht nur tatsächlich, wie es ohne irgendwelches Zutun geschieht, von dem Primat des Sexuellen zu befreien. Nicht Zeugungs- und Familiensorgen, sondern Männervereinigungszielen gehen, nach *Alfred Rosenberg* (Der Mythus des 20. Jahrhunderts. München 1924) die einzelnen »Gottessterne« der »Prometheanischen Konstellation« (*Henry Starr*) nach. Es sind das dann mitunter vielleicht die Theseus', die ihre Ariadnen in der undankbarsten Weise verlassen, die Herkules', die sich streng an ihre »Wahl am Scheidewege halten, die Siegfrieds, die die Frauenehre unachtsam, Männertreue wahrend, beflecken, und es sind das auch alle »Ritter vom heiligen Geist«.

Cölibatäre Männervereine tragen zur weltbeherrschenden Macht der katholischen Kirche bei. Cölibatäre, geschlechtlich unentwickelte Weibchenvereine bedingen das Wohl des Bienenstaates.

Psychotherapeutisch, praktisch mehr als theoretisch, scheint mir wichtig zu sein, was auf Grund von den vorgelegten Aufdeckungen und Deutungen zu erschließen ist:

— Man darf bei der Behandlung vieler Kranken nicht ausschließlich auf sexuelle Beichtgeständnisse dringen, um sie gewissermaßen zu erpressen. Besser ist es, die Kranken prometheanisch-heroisch zum Siegfriedideal ohne Frauentrug und Tarnkappe, oder zur aufopfernden Hingabe nach Art der Elisabeth von Thüringen zu erheben.

Dziekanka, Psychiatrische Anstalt, 24. März 1935.

Kleinere Mitteilungen.

II. Internationaler Neurologenkongreß, London, 1935

29. Juli bis 2. August.

Präsident:

Dr. *Gordon Holmes*, 9. Wimpole Street, London W. 1.

Vizepräsidenten:

Prof. *A. Austregesilo* (Brasilien), Prof. *M. Balado* (Argentinien), Prof. *Brouwer* (Holland), Prof. *v. Christiansen* (Dänemark), Prof. *H. Claude* (Frankreich), Prof. *O. Foerster* (Deutschland), Prof. *L. Haskovec* (Tschechoslowakei), Prof. *M. Kroll* (Ver. Sowjetstaat. Rußl.), Prof. *G. Lafora* (Spanien), Prof. *A. Ley* (Belgien), Prof. *O. Marburg* (Österreich), Prof. *G. Marinesco* (Rumänien), Prof. *E. Moniz* (Portugal), Prof. *G. Monrad-Krohn* (Norwegen), Prof. *K. Orzechowski* (Polen), Prof. *A. Riley* (U.S.A.), Prof. *O. Rossi* (Italien), Prof. *C. K. Russel* (Kanada), Prof. *K. Schaffer* (Ungarn).

Schriftführer:

1. Schriftführer Dr. *Kinnier Wilson*, 14, Harley Street, London W. 1; Schriftführer Dr. *Macdonald Critchley*, 137, Harley Steer, London W. 1, Dr. *E. A. Carmichael*, National Hospital, Queen Square, London W.C. 1.

Schatzmeister:

Dr. *Anthony Feiling*, 52 Montagu Square, London W. 1.

Der II. Internationale Neurologenkongreß wird von Montag, den 29. Juli bis Freitag, den 2. August 1935 unter dem Vorsitz von Dr. *Gordon Holmes* in London abgehalten werden. Auf der vorbereitenden Sitzung, die in London im Jahre 1933 abgehalten wurde, wurde *Sir Charles Sherrington* von den versammelten Delegierten zum Präsidenten gewählt, leider war er gezwungen, aus Gesundheitsrücksichten zurückzutreten.

Ort der Zusammenkunft:

Die verschiedenen Sitzungen des Kongresses werden in dem großen Saal des University College, Gower Street, W. C. 1 (durch liebenswürdige Erlaubnis des Prof. Dr. *Allen Mawer*) und in den Hörsälen der Universität stattfinden.

Programm der wissenschaftlichen Sitzungen:

Montag, 29. Juli 1935:

9^{30} Offizielle Eröffnung des Kongresses.

10^{00} Thema: Die Epilepsien, ihre Ätiologie, Pathogenese und Behandlung.

Vorsitzender: Prof. *O. Marburg*.

1. Prof. Dr. *J. Abadie* (Bordeaux): Allgemeine Ätiologie der Epilepsie.
2. Prof. Dr. *V. M. Buscaino* (Catania): Spezielle Ätiologie der Epilepsie.

3. Dr. *Stanley Coob* (Boston): Experimentelle Pathogenese der Epilepsie.
4. Dr. *Frisch* (Österreich): Chemische Pathogenese der Epilepsie.
5. Prof. Dr. *K. Orzechowski* (Warschau): Das vegetative Nervensystem in Beziehung zur Pathogenese.
6. Prof. Dr. *W. Spielmeyer* (München): Pathologische Anatomie der Epilepsie.
7. Dr. *Ulrich* (Schweiz): Medizinische Therapie.
8. Dr. *Wilder Penfield* (Montreal): Chirurgische Therapie.
9. Dr. *M. Sgalitzer* (Wien): Röntgentherapie.
10. Dr. *L. J. J. Muskens* (Amsterdam): Krankenhaus- und Allgemeinbehandlung.

14^{00} Fortsetzung: Vorsitzender: Prof. *O. Rossi.*

Dienstag, 30. Juli:

9^{30} Referat: Physiologie und Pathologie der Cerebrospinalflüssigkeit.
Vorsitzender: Prof. *O. Foerster.*

1. Dr. *L. Weed* (Baltimore): Physiologie der Sekretion und Resorption der Cerebrospinalflüssigkeit.
2. Prof. Dr. *G. Schaltenbrand* (Hamburg): Physiologie der Sekretion u. Resorption und ihre anatomische Grundlage.
3. Dr. *Riser* (Toulouse): Pathologie der Sekretion und Resorption der Cerebrospinalflüssigkeit.
4. *Mr. Hugh Cairns* (London): Therapeutische Verfahren bei Störungen der Sekretion und Resorption der Cerebrospinalflüssigkeit.
5. Prof. Dr. *Georgi* (Yverdon): Physiochemische Grundlage der Sekretion und Resorption der Cerebrospinalflüssigkeit.

14^{00} Vorträge.

Donnerstag, 1. August:

9^{30} Referat: Die Funktionen des Frontallappens.
Vorsitzender: Prof. *Claude.*

1. Prof. Dr. *J. A. Barré* (Straßburg) und
   Prof. Dr. *P. Delmas-Marsalet* (Bordeaux): Die Beziehung der Funktionen des Frontalhirns zu den Symptomen des cerebellären oder labyrinthären Typus.
2. Prof. Dr. *Goldstein:* Die Beziehungen zwischen den Frontallappen und den motorischen Funktionen.
3. Prof. Dr. *A. Donaggio* (Modena): Die Beziehungen des Frontalhirns zum pyramidalen System.
4. Dr. *Cl. Vincent* (Paris): Funktionsstörungen nach chirurgischen Eingriffen am Frontalhirn.

14^{00} Vorträge.

Freitag, 2. August:

9^{30} Thema: Hypothalamus und die zentrale Vertretung des autonomen Systems.
Vorsitzender: Prof. *Brouwer.*

1. Prof. Dr. *C. U. Ariens* Kappers (Amsterdam): Phylogenetische Entwicklung.



2. Prof. *le Gros Clark* (Oxford): Die ontogenetische Entwicklung und die normalen Verhältnisse beim Menschen.
3. Prof. Dr. *W. R. Heß* (Zürich): Physiologie.
4. Prof. Dr. *J. Lhermitte* (Paris): Klinische und pathologische Gesichtspunkte.
5. Dr. *Harvey Cushing* (New Haven): Chirurgie.

14^{00} Vorträge.

Die Zahl der Nachmittagssitzungen wird von der Gesamtzahl der angemeldeten und angenommenen Vorträge abhängen. Soweit wie möglich werden diese in systematischer Weise nach Themen angeordnet werden.

Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, welche durch Vereinigung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte mit dem Deutschen Verein für Psychiatrie gebildet wird, hält ihre diesjährige Jahresversammlung nicht vom 28. bis 30. August, sondern vom 2. bis mit 4. September in Dresden ab, da der ursprünglich auf die Zeit vom 9. bis 13. September d. Js. angesetzte Internationale Kongreß für Bevölkerungswissenschaft in Berlin auf 26. bis 31. August verlegt werden muß.

Weitere Vortragsanmeldungen werden, möglichst bis Mitte Juni, erbeten an Dr. *Nitsche* in Pirna a. d. Elbe, welcher auch nähere Auskunft erteilt.

Der Vorstand der *Heinrich-Laehr*-Stiftung hat beschlossen, einem deutschen Psychiater, welcher Mitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie ist, für einen dreimonatigen Arbeitsaufenthalt an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München ein Stipendium von 600 RM. zu gewähren mit der Bestimmung, daß der geschäftsführende Vorsitzende des Deutschen Vereins für Psychiatrie unter den sich meldenden Bewerbern den Stipendiaten auswählt und dieser von dem Betrag 150 RM. an die Kasse der Forschungsanstalt für Benutzung des Arbeitsplatzes entrichtet.

Bewerbungen werden bis 31. Juli d. Js. an Dr. *Nitsche,* Pirna a. E., Landesanstalt Sonnenstein, erbeten unter Angabe, an welcher Abteilung der Forschungsanstalt der Bewerber arbeiten will und wann dies geschehen soll.

München, im Mai 1935.

Professor Dr. *Rüdin,*
geschäftsführender Vorsitzender
des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Professor Dr. *Jacobi*-Greifswald ist als Führer der Deutschen Delegation an dem vom 29. Juli bis 2. August d. J. in London stattfindenden Internationalen Neurologenkongreß zurückgetreten. Das Reichsministerium des Innern hat die Führung Professor Dr. *Rüdin*-München übertragen und zum stellvertretenden Führer der Delegation Professor Dr. *Pette*-Hamburg ernannt.

Personalia.

Verstorben: Medizinalrat Dr. *Josef Müller,* Lohr a. M.
Professor Dr. *Kattwinkel,* Partenkirchen.
Professor Dr. *Spielmeyer,* München.
Dr. *Römer,* Hirsau.
Oberarzt Dr. *Hussel,* Ansbach.
Dr. *Horn,* Wien.
Professor *Joannovics,* Belgrad.
Dr. *Huth,* Bonn.
Medizinalrat Dr. *Krimmel,* Weissenau.
Universitätsprofessor Dr. *Zingerle,* Graz.
Geheimrat Dr. *Siemens,* Stolp, früher Lauenburg.
Sanitätsrat Dr. *Steyerthal,* Bad Kleinen.
Professor *Matauschek,* Wien.

Ernannt: Priv.-Dozent Dr. *W. Encke,* Marburg zum a. o. Professor.
Professor *M. de Crinis,* Graz zum Leiter der psychiatrischen und Nervenklinik Köln-Lindenburg.
Professor Dr. *Fritz Lange,* München zum Leiter der inneren Abteilung des städt. Krankenhauses Augsburg.
Priv.-Dozent Dr. *H. G. Korbsch* in Münster a. o. Professor.
Dozent Dr. *v. Stockert,* Halle zum nichtbeamteten a. o. Professor.
Professor *Hugo Spatz* (Hirnanatomie) wurde von der kgl. Gesellschaft der Ärzte in Pest zum korrespondierenden Mitglied gewählt.
Obermedizinalrat Dr. *Rust,* Altscherbitz zum Direktor der Landesheilanstalt Mühlhausen in Thüringen.
Dr. *Krzywanek,* Mühlhausen zum Strafanstaltsmedizinalrat in Stuhm bei Marienwerder.

Versetzt: Dr. *Weißgerber,* Mühlhausen nach Altscherbitz.
Dr. *Breier,* Neuhaldensleben nach Mühlhausen.
Dr. *Hoffmann,* Halle-Nietleben nach Neuhaldensleben.
Dr. *Krüger,* Halle-Nietleben nach Kreuzburg O. Schl.
Oberarzt Dr. *Küster,* Köln nach Berlin-Wuhlgarten.

Seinen 70. Geburtstag feierte Professor Dr. *Schultze,* Göttingen am 22. März d. Js.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER
HEIDELBERG

OFFIZIELLES ORGAN DES
DEUTSCHEN VEREINS FÜR PSYCHIATRIE
MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDDRITTER BAND
SIEBENTES BIS ACHTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 28. OKTOBER 1935



BERLIN UND LEIPZIG 1935
WALTER DE GRUYTER & CO.
VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

7./8. Heft.

Originalien.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den neuen Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Aus der Provinzialheilanstalt Eikelborn i. W.
(Direktor: Prov. Obermed. Rat Dr. Kaldewey)

Über die Aufgaben und die Bedeutung der deutschen Psychiatrie im allgemeinen und der psychiatrischen Außenfürsorge im besonderen

von

Walther Kaldewey

mit einem Tätigkeitsbericht der psychiatrischen Außenfürsorge

von

Oberarzt Dr. **Ferdinand Hürten.**

Daß die psychiatrische Außenfürsorge, oder wie sie neuerdings von *Ast* und *Faltlhauser* besser genannt worden ist, der psychiatrische Außendienst der Anstalten für das kommende Gesundheitsgeschehen des deutschen Volkes eine überragende Bedeutung haben wird, habe ich schon im Dezemberheft der Zeitschrift des NSDÄB. vom Jahre 1933 ausgeführt. In der Zwischenzeit ist nun auch eine Arbeit von den beiden oben genannten Autoren erschienen, in denen sie unter Berufung auf *Roemer* und *Burkhardt* ähnliche Gedankengänge vertreten, ohne daß ich selber genannt worden bin. Ich muß aber Wert darauf legen, ebenfalls verstanden zu werden, zumal ich die von mir aufgestellten Richtlinien in Anlehnung an *Verschuer* bereits Mitte 1933 vertreten habe. Ich war schon damals davon überzeugt, daß kommender Gesundheitsdienst ohne den Psychiater unserer deutschen Anstalten und Kliniken nicht gelöst werden kann. Ich habe mich daher auch in meinen Ausführungen bezogen auf Personalforderungen, die wir weniger in quantitativer, als vielmehr qualitativer Hinsicht von unseren Ärzten verlangen müssen. Ich bin seit nunmehr einem Jahre an der Eickelborner Anstalt als Leiter tätig und habe gerade für die von mir seinerzeit vertretenen Gedankengänge einen sehr verständnisvollen und fleißigen Mitarbeiter in der Person eines Oberarztes der Anstalt gefunden. In gemeinsamer Arbeit und Beratung hat er den Außendienst der Anstalt so ausgebaut, daß er als ein scharfes Instrument unseres eugenischen und rassehygienischen Willens angesehen werden kann. Aber auch das ist letzten Endes nur möglich gewesen, weil wir in den Ärzten der Gesundheitsämter und nicht zuletzt auch in den Volkspflegerinnen Persönlichkeiten

gefunden haben, die nicht nur ein großes Verständnis für unsere Notwendigkeiten zeigten, sondern die alle in gemeinsamen, wenn man so sagen kann, Lerneifer sich den Problemen der klinischen Psychiatrie in ihrer Bedeutung für die Volksbiologie öffneten. Es ist geradezu eine Freude, sehen zu müssen, wie die genannten Ärzte sich an den Tagen der festgelegten Außentermine bemühten, sich in den Dingen, die für uns das tägliche Brot sind, beraten zu lassen. Es ist ein Zeichen der Solidarität eines neuen Ärztestandes, daß es nicht wie früher zu Kompetenzstreitigkeiten gekommen ist, sondern daß im Interesse unserer heiligen Sache alles vermieden werden konnte, was der Ausbreitung psychiatrischer Geschehnisse irgendwie hinderlich im Wege gestanden hätte. Gerade diese innige gegenseitige Befruchtung des Amtsarztes und des Facharztes der Anstalt ist es, die erfreuliche Ausblicke in die Zukunft eröffnet. Niemals vorher sind die Anstalten nach einem Zeitalter des mehr oder weniger Abgeschlossenseins allgemeiner ärztlicher Arbeit so nah und verbunden gewesen wie heute. Und ich bin überzeugt davon, daß es so bleiben wird und bleiben muß. Ja, daß eine immer enger werdende Verflechtung eintreten wird.

Die Provinz Westfalen hat gewissermaßen einen Teil ihrer in den Anstalten gebundenen Kräfte den oben gezeichneten Aufgaben zur Verfügung gestellt. Und sie hat alles Interesse daran, daß diese Aufgaben gefördert und ausgebaut werden. Man sieht schon heute ohne weiteres ein, daß die Gesundheitsämter ohne den Fachberater nicht auskommen können. Nun darf man nicht vergessen, daß wir diese Aufgaben zunächst mit einer Apparatur leisten, die einfacher gar nicht sein kann. Allerdings kommt hinzu, daß der oben genannte Oberarzt mit großer Lust und Liebe bei der Sache ist, und daß die ihm zur Hilfe an die Seite gegebene Oberschwester der Anstalt nicht nur große Neigung zu unserem Aufgabengebiete aufweist, sondern auch mit ihrem großen Fleiß und ihrem Tempo für uns beinahe unentbehrlich geworden ist. Das ist alles, was bei uns psychiatrische Außenfürsorge treibt neben dem Chauffeur, ohne den der Arzt als Selbstfahrer, wie es in anderen Fürsorgen gehandhabt wird, nicht das leisten könnte, was er leistet. Wir können selbstverständlich keine Außenfürsorgeärzte brauchen, die den Dienst im wesentlichen unter dem Gesichtswinkel einer herrlichen Natur betrachten, in die man hinausfährt, während die Kollegen in der Anstalt sitzen müssen. Auch das soll es geben! Daß aber ein solch kleiner Apparat wie der unserige einmal seine Grenzen finden muß, das ist selbstverständlich und wird über kurz oder lang der Fall sein.

Das Personal zu vermehren wird nicht möglich sein, zumal fraglos die Ausgaben der Anstalten und der öffentlichen Hand für Geisteskranke und Minderwertige durch das Gesetz zur Verhütung

erbkranken Nachwuchses und das Gesetz zur Sicherung und Besserung in die Höhe gehen werden bzw. schon in die Höhe gegangen sind.

Da hilft nichts anderes, als die Kräfte einer Anstalt so zu mobilisieren, daß die Aufgaben trotzdem erfüllt werden können.

In erster Linie handelt es sich da um die ärztlichen Kräfte. Wir wissen, daß von unseren Kollegen unter dem bisherigen Fehlen einer aufpeitschenden Idee mancher ein etwas versunkenes Dasein geführt hat. Da hat uns die neue Zeit mit ihrer Fülle von Arbeitsmöglichkeiten schon einigermaßen geholfen. Aber es ist auch zu überlegen, ob nicht durch eine andere Organisation der ärztlichen Arbeit in den Anstalten mehr geleistet werden kann. Ich brauche mich an dieser Stelle nicht darüber auszulassen, welcher ungeheure Aufgabenkreis des Anstaltsarztes wartet. Aber diese Aufgabe nicht in einem Nebeneinander, sondern in ganz bestimmter Ausgerichtetheit anzugreifen, das ist unsere Pflicht. Ich glaube nun auch, daß gerade die preußischen Anstalten mit Ärzten außerordentlich dünn besetzt sind. Ich habe mich überzeugen müssen, daß in der Beziehung manche der süddeutschen Länder wesentlich besser gestellt sind. Meine Anstalt z. B. hat bei 1600 Kranken mit Einschluß des Direktors acht ärztliche Kräfte, von denen eine fast vollkommen durch die psychiatrische Außenfürsorge absorbiert wird und außerdem das Verwahrhaus für geisteskranke Verbrecher leitet. Die übrigen sechs Ärzte müssen nun so angesetzt werden, daß wir mit unseren auch laufenden Aufgaben nicht in Rückstand kommen. Es ist das, das kann man uns glauben, nicht einfach, denn es muß natürlich unter diesen Gesichtspunkten ein Mehr an Arbeit und Kraftaufwendung verlangt werden. Die Zeiten, in denen sich jeder Arzt mehr oder weniger seinen Neigungen entsprechend betätigte und das tat, was ihm Freude machte, das muß für die Anstalten vorbei sein. Nein, die einzelnen Ärzte müssen wie das Räderwerk einer feinen Maschine ineinander gepaßt werden. Das ist, wie man sich leicht vorstellen kann, schon aus individualistischen Gründen nicht ganz einfach. Es spielen da viele Dinge hinein, die jeder Anstaltsleiter zur Genüge kennen wird, und wir müssen auch hier mit einer mehr oder weniger lieb gewordenen Tradition brechen.

Die Aufgabenteilung hat demnach folgendermaßen zu erfolgen: Außenfürsorge, Erbbiologie, Anatomie und Hirnpathologie bzw. -histologie, Klinik, organisatorische Aufgaben. Über den laufenden Anstaltskram will ich hier nicht sprechen, jeder weiß, wie angenehm diese Geschäfte für jeden Direktor sind!

Schon die Außenfürsorge und die erbbiologische Tätigkeit sind Gebiete für zwei Mitarbeiter, die in der engsten Weise aufeinander eingespielt sein müssen. Der erbbiologische Arbeiter der Anstalt ist gewissermaßen der Verbindungsmann zwischen dem Arzt

des Außenfürsorgedienstes und den Ärzten der Anstalt und außerdem vielleicht in kommender Zeit zu den betr. Ärzten der anderen Anstalten. Der Arzt des Außendienstes trägt uns außerdem das Geschehen der Gesundheitsarbeit von draußen in die Anstalt und vermeidet einen Autismus der in der Anstalt selber wirkenden Ärzte. Er muß ein Mann von Format sein, denn er ist es, der das Leben, wie es heute in Hinsicht unserer öffentlichen Gesundheitsarbeit verläuft, zeigt, und zwar zeigt durch die Brille seiner Begabung, seiner Persönlichkeit, seiner Anschauungskraft, seines Willens. Nicht jeder ist dazu zu gebrauchen. Er muß der kenntnisreiche Praktiker sein, und er muß vor allem politisch denken können. Dagegen wird der erbbiologische Mitarbeiter wissenschaftliche Neigungen haben müssen. Dazu ist zu sagen, daß die Anstalten wohl niemals rein wissenschaftliche Arbeit in dieser Beziehung werden leisten können. Das sollen sie auch gar nicht, denn sie sollen die Aufgaben lösen, die der Tag, die Zeit und die Zukunft an sie stellt. Die Vorarbeiten liefern uns die Forschungsinstitute, die ihre Kräfte ausschließlich in den Dienst der Forschung stellen können. Die Anwendung dieser Ergebnisse ist die Aufgabe des Erbbiologen der Anstalt. Wenn er Kraft, Ausdauer, Zähigkeit, Begabung hat, wird er unter Umständen Wesentliches zu den Fragen erbbiologischen Geschehens beitragen können, aber man soll und kann es meines Erachtens nicht von ihm verlangen. Die Gelegenheit dazu aber muß ihm dadurch gegeben werden, daß die vorgesetzten Behörden, also im allgemeinen die Provinzen bzw. Länder oder in kommender Zeit die Reichsgaue, ein Verständnis dafür aufbringen, worum es uns geht und ihre ärztlichen Kräfte nicht sich selber überlassen. Nein, es ist meines Erachtens geradezu Pflicht der Behörden, den Gesundheitsoffizieren die Waffen zu liefern und zu schärfen. An den einzelnen Formationen liegt es dann, den Gebrauch dieser Waffen zu lehren und sie in Anwendung zu bringen. Eine Kompagnie, ein Regiment unseres Reichsheeres ist auch nicht verpflichtet, sich selber die Waffen anzuschaffen bzw. herzustellen, die es braucht, wenn das Vaterland in Not ist. Auch das Reichsheer wird nicht umhin können, immer wieder neue Waffen auszuprobieren bzw. einen neuen Gebrauch von alten Waffen unter anderen Umständen zu machen. Das ist genau so erforderlich im Gesundheitsdienst und vor allem in der erbbiologischen Arbeit mit allen ihren Nebengebieten, d. h. auf deutsch, daß die Ärzte Gelegenheit haben, sich in Kursen, Kongressen, persönlichen Aussprachen fort- und weiterbilden zu können. In dieser Beziehung kommt es auf eine Erhöhung der an und für sich hohen Etats der Anstalten um einige 100 Mark nicht an. Dafür aber kann die Behörde bzw. der Träger der Anstalten verlangen, daß die ärztlichen Kräfte auch den Erfordernissen einer neuen Zeit entsprechen, was nicht immer der Fall ist.

Rüdin hat an anderer Stelle ausgeführt, daß man die Ärzte an die erbbiologisch Minderwertigen heranlassen muß, daß es aber falsch ist, sie und die Kranken sich selber und ihrem Schicksal zu überlassen. Das kann immer nur wieder unterstrichen werden. Die Anstalt ist gewissermaßen ein Handbuch der Psychiatrie, in dem jeder eifrig nachlesen soll. Um aber überhaupt weiter zu kommen, muß man Schrifttum haben, und man wird doch beim besten Willen nicht verlangen können, daß man keine Handbücher mehr schreiben soll, weil es sich hier um unnötige Ausgaben für Erbkranke handelt. Die Anstalten als Lehrbücher der Psychiatrie müssen also in der Lage sein, diese Handbücher auf der Höhe der jeweiligen Kenntnisstufe zu erhalten. Der Inhalt eines Handbuches kann nicht erschöpfend genug sein. Genau so kann die Behandlung unserer Kranken nicht intensiv genug vor sich gehen entsprechend dem Maß der Kenntniserweiterung, das wir uns — hoffentlich — immer mehr und mehr aneignen werden. Man betrachtet die Anstalten immer noch, und da kann ich vielen anderen Autoren recht geben, viel zu sehr unter den Gesichtspunkten der Finanzen. Ziel und Zweck alles ärztlichen Handelns aber ist es, jeden kranken Menschen, ob er nun erbkrank ist oder unter einer andersartigen Krankheit leidet, in irgend einer Weise in das Gesamtgeschehen seines Volkes einzugliedern. Der Begriff der Minderwertigkeit soll ja, vom Standpunkt des Volksganzen angesehen, kein moralisches Urteil enthalten, sondern es spricht sich nur im Sinne eines rein quantitativen Mehr oder Weniger aus. Man nennt doch auch nicht einen weniger Begabten minderwertig, nur weil der Nachbar höher begabt ist. Und für seine Krankheit und vor allem seine Erbkrankheit kann ja doch der Einzelne nichts. Dagegen kann dafür sehr viel die Gesellschaft, die es zu einer Ausbreitung der erbbiologisch Minderwertigen oder, wie man auch besser sagen kann, der volksbiologisch Minderwertigen hat kommen lassen und die diese Ausbreitung gefördert hat. Auch hier haben wir die Sünden der vergangenen Zeit wieder gut zu machen, genau so, wie wir die Verbindlichkeiten der alten roten Gewerkschaften anerkannt haben. Die Arbeit der Anstalten aber ist es, diese sittliche Forderung des dritten Reiches zu erfüllen und den an sich schuldlosen Menschen ebenfalls die Segnungen einer neuen Zeit zuteil werden zu lassen; aber möglichst nicht durch eine Erhöhung der finanziellen Zuwendungen, sondern dadurch, daß man sie durch geeignete Führung und Erziehung in die Lage setze, produktive Arbeit zu leisten, um dadurch des Gefühls des eigenen Wertes wieder teilhaftig zu werden. Vielleicht, und hier liegt ein großes Ziel vor uns, gelingt es uns eines Tages, unsere Anstaltsinsassen einzuschalten in ein Arbeitsprogramm, das zum Ziel die Erfüllung von allgemeinen Aufgaben hat, vor allem in Zeiten völkischer Not, wie Blockade und dergl.!!

Den Erbkranken als einen Teil des Ganzen auffassen, nicht als Außenseiter, sondern als einen, wenn auch erbbiologisch minderwertigen Volksgenossen, das ist die Richtung, die die Anstalten nunmehr werden einhalten und verfolgen müssen. Leider, und es muß immer wieder gesagt werden, hat nicht nur die Volksmasse von der Arbeit unserer Anstalten viel zu wenig Ahnung und gänzlich abwegige Vorstellungen. Wer aber einmal in die Anstalten hineingeschaut hat, der ist eigentlich jedesmal begeistert von dannen gezogen. Man darf doch nicht vergessen, daß unsere Kranken zum großen Teil Arbeiten leisten, die nur den einzigen Nachteil haben, daß sie unter einer entsprechenden Anleitung durch Ärzte und Pflegepersonal möglich geworden sind. Unsere Kranken leisten uns oft sehr wertvolle Dienste, sie sind nur nicht in der Lage, die Dienstleistungen aus sich selbst heraus aufzubringen. Und hier erhebt sich eine Frage: Wie ist es möglich, die Kraft unserer Geisteskranken in den Dienst des Volksganzen zu stellen? Eine brennende Frage, die von allen Anstalten in Angriff genommen werden muß, aber derzeit noch nicht spruchreif ist wegen der noch vorhandenen Arbeitslosenziffern.

Grundsätzlich halte ich es für falsch, wenn man die Betriebe einer Anstalt als Regiebetriebe ansieht. Diese Äußerung wird oft von Menschen getan, die, auch wenn sie das Hakenkreuz an der Brust tragen, noch von gestern sind. Denn sie sehen die Verhältnisse einzig und allein vom Standpunkt ihres Egoismus an. Warum soll denn unser Kranker nicht genau so wie jeder gesunde Volksgenosse das Recht haben, für sich und den Apparat, der für ihn notwendig ist, durch den Einsatz seiner Kraft zu sorgen, damit er sich wenigstens, wenn auch nicht ganz, so doch teilweise erhalten kann? Sieht man nicht im täglichen Arbeitspensum der Anstalten, daß das möglich ist, und muß nicht dieser Weg fortgesetzt werden: und zwar fortgesetzt werden unter verständnisvoller Mitwirkung, ja unter Umständen als maßgeblich beteiligter Faktor bei den Handwerkskammern, den entsprechenden Berufsverbänden? Ich bin schon oft auf die Meinung gestoßen, daß man den Anstalten deshalb keine Lehrlinge zubilligen soll, weil die Betriebe als Regiebetriebe anzusehen seien (eine Ansicht, die offenbar in jüngster Zeit revidiert worden ist). Man vergißt aber dabei in ganz egozentrischer Weise, daß Lehrlinge in den Anstaltsbetrieben eine recht gute Ausbildung erhalten, ja, daß überhaupt junge Volksgenossen einen Beruf erlernen können. Außerdem gibt die Behörde auf dem Umwege über unsere Kranken einer Anzahl meist recht wertvoller Familien Lebensunterhalt und ermöglicht ihnen die Aufzucht gesunder Kinder. Das alles sollte man nicht vergessen, wenn man immer von der Überflüssigkeit der Anstalten spricht.

Allerdings, das gebe ich zu, muß auch in die Anstalten ein neuer Gesichtspunkt einziehen, wenn es sich um Fragen des Pflegepersonals handelt. Ich denke hier weniger an die große Masse des Pflegepersonals, soweit sie die Aufgabe der Erziehung und körperlichen Förderung der Kranken durchführen, als gerade an die Kreise des Pflegepersonals, die durch wirklich wertlose — sprechen wir das Wort ruhig aus — Erbkranke in Anspruch genommen werden, und zwar in einem Ausmaße, das nach den verschiedensten Richtungen hin bedenklich erscheint. Ich denke hier vor allem an die unverhältnismäßig große Zahl von Pflegern, die z. B. zur Beaufsichtigung geisteskranker Verbrecher in den Verwahrhäusern notwendig ist. Da kommen wir oft zu Zahlen, die geradezu erschreckend sind: ein Pfleger auf zwei oder drei solcher Kranker ist keine Seltenheit.

Ich komme hier auf ein Kapitel, das außerordentlich ernst ist. Man steht oft auf dem Standpunkt, daß der schwere Pflegerdienst in den Anstalten zum vorzeitigen Verbrauch des Pflegepersonals führt, sodaß es lange vor Erreichung der Altersgrenze dienstunbrauchbar wird. Ich glaube, daß man in dieser Beziehung von einem anderen Standpunkt aus die Verhältnisse betrachten sollte. Wenn ein Pfleger im wesentlichen Aufsichtsdienst zu leisten hat, so werden seine Kräfte nicht in einem Maße angespannt, daß diese Anspannung als dauernder biologischer Reiz zur Unterhaltung aller Lebensvorgänge dienen könnte. Abgesehen davon kann man doch beim besten Willen nicht behaupten, daß viel Arbeit einen Menschen früher zum Altern brächte. Wir sehen doch gerade überall im Leben, daß die Menschen, die ein gerütteltes Maß von Arbeit hinter sich haben, die unentwegt tätig gewesen sind, oft über den Durchschnitt alt werden. Es soll hierbei allerdings nicht vergessen werden, daß das Leben und die Lebenskurve eines Menschen bestimmt wird durch sein persönliches Tempo, seine icheigene Struktur. Gerade für die oben gekennzeichneten Kategorien von Kranken nun sind wir gezwungen, nicht das schlechteste, sondern das beste Pflegepersonal, sowohl in körperlicher wie geistiger Beziehung, auszuwählen. Wir stehen auf diese Weise vor der Tatsache, daß für 54 Kranke unseres Verwahrhauses 26 Pfleger notwendig sind (unter denen allerdings immer eine Anzahl auf Urlaub sich befindet). Ein großer Teil dieser Pfleger ist mit fast reinem Aufsichtsdienst beschäftigt, ein anderer nur verhältnismäßig wenige Stunden am Tage mit Arbeiten, die die Kranken unter ihrer Aufsicht und Mithilfe verrichten. Auf jeden Fall bin ich zu dem Schluß gekommen, daß sich die Kräfte gerade dieser an und für sich biologisch prächtigen Menschen nicht voll, bei weitem nicht voll ausnutzen lassen. Hier sehen wir dann oft vorzeitige Erscheinungen von Alter auftreten, was mit der Person

als solcher gar nichts zu tun hat, sondern darin seinen Grund findet, daß der regelrechte biologische Reiz fehlt, um das zu verhindern. Wir sehen ja ähnliche Erscheinungen bei dem Pensionisten, der sein ganzes Leben in Amt und Würden und u. U. ausgedehnter Tätigkeit verbracht hat. Nach der Pensionierung sehen wir ein plötzliches Altern, auffallend rasch einsetzende Verfallserscheinungen eintreten, alles aus dem Grunde, weil nunmehr ein wichtiger biologischer Reiz, der bisher tagtäglich einwirkte, für die betreffende Persönlichkeit weggefallen ist. Diese Beobachtung ist schon oft genug gemacht worden, als daß sie etwas Neues bieten könnte. Aber man muß diese Erkenntnisse auch auf unsere Anstalten anwenden. Wir sind nicht nur verantwortlich dafür, daß der Dienstbetrieb in den Anstalten klappt, daß die Kranken entsprechend unseren Richtlinien und Absichten versorgt und geheilt werden, sondern wir sind auch genau so verantwortlich für unser Pflegepersonal, das die Väter für wertvolle und zum Teil kinderreiche Familien stellt. Hier kommen eben die Aufgaben des Arztes, der nicht nur im Dienste der Krankheit, sondern im Dienste der Gesundheit steht, ausschlaggebend in Betracht.

Die Anstalten müssen, und das soll das Ziel dieser Hinweise sein, unter höheren Gesichtspunkten betrachtet werden, als von dem verkehrten eines mehr oder weniger individuellen oder finanziellen Nutzens. Unsere Anstalten sind doch schließlich nur eine der vielen Erscheinungen im biologischen Geschehen des Volkskörpers und müssen nur unter diesem Aspekt angesehen werden. In den Anstalten finden sich auf engem Raum zusammengedrängt die Elemente unseres Volkes, die als Ausdruck einer verkehrten Bewirtschaftung des Volksackers gewuchert sind. Wie der Gärtner, so müssen wir die Schäden, ihr Zustandekommen, ihre Ausbreitungsbedingungen, die Art ihres Wachstums kennen, um eingreifen zu können. Der Gärtner, der Bauer, muß auch alle die Schäden genau kennen, die seine Saat beeinträchtigen könnten, aber er beschäftigt sich deshalb mit diesen Schädlingen, um die Saat zu retten und die Ernte sicher zu stellen. Genau diese Aufgabe haben die Anstalten. Sie müssen den Feind aufsuchen, denn ohne die genaue Kenntnis dieses Feindes ist die biologische Rettung des Gesamtvolkes nicht möglich. Unser Ziel aber ist heute nicht allein die Heilung oder Besserung unserer Kranken, sondern die erbbiologische Gesundheit der Volksgesamtheit. Und unter diesem Gesichtswinkel arbeiten wir heute, und man sollte uns diese Arbeit nach jeder Richtung hin erleichtern und sie fördern mit Ausnutzung aller der Kräfte, die für diesen Kampf in Frage kommen.

Wir sichern uns ja auch durch ein großes Heer gegen die Eingriffe von äußeren Feinden, und in dieser Beziehung ist uns keine geldliche Ausgabe nutzlos. Den inneren biologischen Feind aber

zu bekämpfen heißt an der Zukunft unseres Volkes bauen, damit dieses Volk atmen und arbeiten kann, damit es in die Lage versetzt wird, die Aufgaben zu erfüllen, die heute auf der Straße liegen und vielfach aus Mangel an geeigneten Kräften nicht bzw. noch nicht in Angriff genommen werden können. Wie das Heer den Frieden, so erstreben wir die Gesundheit, auch wenn wir, wie das Heer für den Krieg, für den Kampf gegen die Krankheit rüsten.

Unter diesem Gesichtswinkel muß die Arbeit der Ärzte in der Anstalt betrachtet werden. Ihre Aufgaben sind groß, wenn sie begriffen worden sind. Man möchte sagen: Der Geist der Psychiatrie ist leicht zu fassen ..... er hat aber meines Erachtens, unter der Lupe einer neuen Zeit betrachtet, eine Zukunftsaufgabe, deren Bedeutung wohl heute noch die wenigsten ahnen. Wie schon bisher gerade aus dem Fachgebiet der Psychiatrie und, recht verstanden, auch der Neurologie viele fruchtbare und fruchtbarste Gedanken hervorgegangen sind, wie überhaupt aus unseren Kreisen die Ganzheitsbetrachtungen ihren Ursprung und ihre hauptsächlichste Förderung genommen haben, so müssen wir auch für die Zukunft weitere Aufschlüsse über biologisches Geschehen gerade aus unseren Reihen heraus erwarten. Wir sind heute auf dem Wege, uns zu lösen aus einer Zeit des Spezialistentums, wo es, wie einer meiner Lehrer einmal gesagt hat, keine Spezialoide unter dem Deckmantel ärztlicher Spezialisten mehr geben wird, sondern wo der Einzelne wieder Arzt sein kann. Und wir werden an diesem Geschehen unseren Verdienst haben.

Dieser Einbau der Anstalten in den Krieg gegen die »Erbfeinde« unseres Volkes hat begonnen durch die Schaffung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Durch dieses Gesetz sind uns wesentliche Aufgaben übertragen worden. Aber vergessen wir nicht: Es sind negative Aufgaben, d. h. man bekämpft einen Feind durch Verminderung seiner Masse. Die Erfüllung dieses Einbaus nun muß von den in den Anstalten tätigen Ärzten geleistet werden. Die Stellung der Anstaltsärzte wird damit eine ganz andere als sie bisher gewesen ist. Denn es ist klar, daß von unseren ärztlichen Mitarbeitern mehr verlangt werden muß als nur ein gutes, ein noch so gutes Fachwissen. Und es genügt noch nicht einmal, wenn sie gute Ärzte sind, sondern darüber hinaus müssen sie in der Lage sein, nicht des leidenden einzelnen Menschen wegen zu handeln, sondern eines leidenden Volkes wegen Kämpfer zu sein. Der Arzt muß Politiker im reinsten und edelsten Sinne des Wortes sein und werden, wo er es noch nicht ist, und Politiker sein heißt: Diener seines Volkes sein und um die Notwendigkeiten dieses Volkes wissen. Politik ist die Lehre vom Gebrauch rassischer Kräfte zu Zwecken der Zukunft eines Volkes. Nur solche Ärzte sind in der Lage, die Dinge, die getan werden

müssen, nicht vom Standpunkt der Befriedigung individueller Wünsche und Neigungen zu betrachten, sondern diese Neigungen bewußt in den Dienst einer Idee zu stellen, die weiter nichts will als die Pflege unseres Volkskapitals, seine Vermehrung und Veredelung.

Auf diese Weise erklären sich alle Arbeiten innerhalb der Anstalten von selbst. Die Versorgung der Kranken, ihre ärztliche Versorgung ist dabei noch das geringste, auch wenn das an sich einen breiten Raum einnehmen sollte. Aber man wird hier, nachdem man das Wesen des vorliegenden Zustandes erkannt hat, manches einem gut durchgebildeten Pflegepersonal überlassen können.

Aber nicht nur die noch lebenden unter unseren Kranken, sondern auch die Toten dürfen nicht vernachlässigt werden. Sind sie es doch, mit denen eine bestimmte erbbiologische Struktur als Ausdruck einer familiären Anlage zu Grunde geht. Und was da zu Grunde geht, das wollen wir doch schließlich auch wissen. Man sieht leicht ein, daß ich hier auf ein Kapitel zu sprechen komme, das der Neuzeit entsprechend in Angriff genommen werden muß, nämlich das der Sektionen. Es ist doch für uns alle gar kein Zweifel, daß unsere Statistiken über Krankheits- und Todesursachen gründlich falsch sind. Wieviele Verkennungen werden in der freien Praxis vorkommen, wieviele wichtige Zustände werden uns entgehen, aus dem einfachen Grunde, weil bei einzelnen Toten eine Sektion nicht durchgeführt wird. Und gerade wir Anstaltsärzte wissen zur Genüge, was alles übersehen werden kann. An meiner Anstalt wird, auch wenn eine Prosektur nicht, oder sagen wir mal mit einem Seitenblick auf die vorgesetzte Behörde, noch nicht vorhanden ist, kein Kranker beerdigt, der nicht vorher seziert worden ist. Und es ist geradezu erstaunlich, was wir da oft alles zu sehen bekommen und was wir beim besten Willen einfach nicht vermuten konnten. Ich habe oft den Eindruck, daß sich bei den Kranken unserer Anstalten die auf dem Boden erbbiologischer Vorgänge erklärbaren Zustandsänderungen an den inneren Organen in einer Weise häufen, die nur Ausdruck dafür sein kann, daß sich nicht nur am Zentralnervensystem, sondern auch an anderen Organsystemen die Auswirkungen eines erbbiologischen Fehlbaues zeigen. Sezieren wir aber unsere Kranken nicht, so entgeht uns das alles. Genau so wird es auch in der freien Praxis vor allem in ländlichen Bezirken sein. Dort wissen wir überhaupt kaum, was sich in einer Volksgruppe abspielt, nur weniges geht in den Totenschein ein, vieles, das meiste aber kommt uns nicht zu Gesicht, weil es nicht zu entsprechenden Symptomen gekommen ist. Und die Anstaltspraxis sagt uns zur Genüge, daß viele auch schwere Organveränderungen nicht immer und sehr häufig nicht zu erkennbaren Krankheitserscheinungen führen. Das Ziel aber

muß doch sein, daß wir erkennen, wie weit überhaupt im Deutschen Volke Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen usw. vorkommen. Das alles aber geht aus der Reichsstatistik überhaupt nicht hervor, zumal sich in diese Statistik auch viele Fehldiagnosen einschleichen werden.

Einen Volkskörper aber, den wir nicht kennen, der läßt sich auch nicht so behandeln, wie es erforderlich ist. Denn wir werden immer im Dunkeln tappen, wenn es sich darum handelt, die Gesetze zu prägen, die notwendig sind, um den Kampf für die Gesundheit aufzunehmen und auch wirksam durchzuführen. Es ist ja doch keine Frage, daß die äußeren Ursachen vieler Krankheiten immer mehr und mehr an Wert und Bedeutung als pathogenetische Faktoren einbüßen werden. Dagegen wird im Vordergrunde stehen die individuelle und damit ererbte Reaktion auf diese Faktoren, und die Möglichkeit dieser Reaktionen kann man eben anatomisch vielfach schon erkennen. Selbst die Infektionskrankheiten gehören ja doch auch heute schon zu den Krankheiten, bei denen die ausschließliche oder wesentlichste Ursache in Form eines Mikroorganismus zum mindesten sehr problematisch geworden ist. Es mag zur Schließung einer Kette gehören, aber wesentlich ist es nicht. Wieviel mehr aber ist das alles der Fall bei den Zuständen, bei denen eigentlich eine Ursache nicht ohne weiteres erkennbar ist und auch niemals erkennbar sein wird, und wo es sich um das Zusammenwirken der verschiedensten Faktoren handelt. Der wichtigste dieser Faktoren aber wird allemal der lebende Mensch als Glied einer Ahnenreihe sein. Und ich kann mir vorstellen, daß eines Tages ein kommendes Geschlecht sehr großes Interesse daran haben wird, zu erfahren, was sich denn eigentlich im Leibe ihrer Vorfahren abgespielt hat. Ich kann mir z. B. denken, daß dann zwei Menschen nicht mehr heiraten werden, deren Eltern an einer bestimmten Form einer Nierenerkrankung gelitten haben. Denn man kann mit einiger Sicherheit erwarten, daß sich bei den Kindern diese Erkrankungen nicht nur schwerer, sondern vielleicht auch schon in früherem Alter zeigen werden. Ich erinnere mich an einen jungen Menschen von noch nicht 30 Jahren, der an einer so ungeheuren Hirnarteriosklerose litt, wie ich sie bei einem Erwachsenen noch niemals gesehen habe. Er starb an einer Ventrikelblutung. Der Zustand wurde wegen des Alters des Patienten erst bei der Sektion erkannt. Solche Zustände können nur dadurch erklärt werden, daß beide Eltern aus Familien mit Arteriosklerosen stammen.

Die Forderung muß also erhoben werden, daß in den Anstalten kein Gestorbener beerdigt werden darf, ehe nicht die Sektion durchgeführt ist. Diese Forderung ist auch schon von anderen erhoben worden, aber sie kann nicht oft genug wiederholt werden.

Man hält dem immer wieder entgegen, daß doch der Durchführung dieser Forderung wichtige, sowohl individuelle wie auch ethisch-religiös-sektiererische Anschauungen entgegenstünden. Auch heute noch! Wie man aber die Unfruchtbarmachung Erbkranker zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses auch, wenn es nicht anders geht, mit Zwang durchführt, so sind auch die Sektionen ohne jede Anhörung Angehöriger durchzuführen. Denn die Leiche gehört nicht den Angehörigen, sondern dem Volke. Dieses Volk will wissen, was in seinem Leibe vorgeht, und hat ein Recht darauf, es zu wissen. Der Staatsanwalt hat von jeher die Sektion einer Leiche anordnen können, wenn er es zum Zwecke der Aufdeckung eines Verbrechens für notwendig gehalten hat. Was hier möglich ist, muß erst recht möglich sein, wenn es um ein Volk geht. Hier muß darauf hingewiesen werden, daß die Frage, wem die Leiche gehört, einer den neuen Erkenntnissen entsprechenden Regelung bedarf. Man verstehe mich recht: Erbbiologische Gesichtspunkte stehen im Vordergrunde. Nichts ist so sicher anatomisch bedingt wie die Erbvorgänge. Sie finden ihren Ausdruck in ganz bestimmten Organveränderungen.

Aber, und wir müssen noch einen Schritt weiter gehen, die Sektion an sich genügt uns nicht. Sie ist ein Helfer der klinischen Anschauung. Denn auf Grund unserer neu gewonnenen Kenntisse wollen wir uns in die Lage versetzt sehen, dem Menschen schon äußerlich gewisse Anlagen ansehen zu können, auch wenn sich diese Anlagen klinisch nicht äußern bzw. zunächst nicht äußern sollten. Das hat nicht nur seine große Bedeutung in der Psychiatrie und Neurologie, sondern auch auf allen anderen Gebieten der Medizin.

Wir sind dahin gekommen, daß wir kaum noch diagnostizieren können ohne einen komplizierten technischen Apparat. Ist dieser technische Apparat nicht vorhanden, so sind eine ganze Reihe von sogenannten Ärzten einfach hilflos. Kommt man nicht weiter ohne diese Hilfsmittel, so macht man wohl auch Probelaparatomieen, um innen nachschauen zu können. Da sind uns nun wieder die Augendiagnostiker vorausgegangen. So unsinnig die Methode auch im einzelnen sein mag, so liegt doch in ihrer Anwendung ein Ahnen von Möglichkeiten, die nur mit dieser Methode nicht durchführbar sind. Aber wenn wir uns überlegen, daß der Mensch sich aus drei Keimblättern aufbaut, und daß diese Keimblätter im Erbgang doch innige Beziehungen zueinander aufweisen müssen, daß sie sich unter gegenseitiger Rücksichtnahme und Hilfeleistung Beistand leisten, bis das große Werk harmonischer Körper gebildet ist, alles unter der Leitung jener Chromosomen, die das Individuum letzlich bestimmen, so ist es klar, daß man aus dem fertigen Keimblatt auf bestimmte Verhältnisse in anderen Keimblättern wird schließen können. Da uns die Haut mit den Sinnesorganen am

besten zugänglich ist, so sind zunächst Rückschlüsse auf einen nicht sichtbaren Teil dieses Keimblattes, z. B. das Zentralnervensystem zu erwarten. Aber auch auf die Verhältnisse der anderen Keimblätter wird man eines Tages in irgend einer Form schließen können. Und wie der Augendiagnostiker allerdings schwindelhaft vom Auge auf den inneren Zustand des Menschen schließen zu dürfen glaubt, so wird der Arzt der Zukunft als Haut- und Sinnendiagnostiker viel Technisches entbehren können. Aber der Grund dazu muß gelegt werden erstens durch genaue Beobachtungen und zweitens durch die Festlegung aller Befunde beim Toten. Durch eifriges Sammeln werden wir dann vielleicht eines Tages doch dahin kommen, gewisse regelmäßige Zusammenhänge zwischen Zustandsänderungen verschiedener Keimblätter feststellen und verwerten zu können.

Die nächste große Aufgabe, die in erster Linie der heutigen, vor allem aber einer zukünftigen Psychiatergeneration zufallen wird, ist die Persönlichkeitsforschung und ihr Ausbau. Schon heute sind viele am Werke, die großes geschaffen haben. Aber die Aera verantwortlicher Führerpersönlichkeiten verlangt einen Ausbau durch Kräfte, die mit allen Wassern biologischer Erkenntnis gewaschen sind. Man erwarte in dieser Beziehung nicht allzuviel von der sog. psychologischen Seite. Psychologie war das Schlagwort einer vergangenen Epoche, jeder führte es im Munde und bildete sich Großes darauf ein. Man vergesse aber nicht, daß die Psychologie eine Zwitterwissenschaft ist, nicht Fisch und nicht Fleisch. Sie ist in erster Linie ein Zweig der Philosophie, sie ist Prinzipienwissenschaft und abstrahiert vom Leben. Da, wo sie sich einbildet, Sinnespsychologie oder dergleichen zu sein, da ist sie ebenfalls nicht am Platze, denn sie abstrahiert hier vom Bios und zwar ganz bewußt. Es ist ein kindliches Spiel, was da getrieben wird und getrieben worden ist. Psychologie kann immer nur eine Elementenwissenschaft sein und wenn sie sich einbildet, mehr zu sein, so ist sie eben keine Psychologie, sondern Physiologie. Dazu aber fehlen ihr wieder die anatomischen und biologischen Unterlagen. Psychologen sind entsetzt, wenn man ihnen rät, ihre Befunde mit organischen Vorgängen wenn nicht zu erklären, so doch sie damit in Parallele zu setzen. Am krassesten ist immer die Zwitterstellung der Psychologie erschienen, wenn ein Psychologe vor Gericht als Gutachter erschienen ist und ein Urteil abgeben sollte über eine Persönlichkeit. Schon aus Prinzip darf er ja eigentlich von all den Dingen nichts sagen, die den Arzt angehen, denn dann wäre er ja schon nicht mehr Psychologe gewesen. Ich glaube auch, daß man sich gerichtlicherseits davon überzeugt hat, daß die Zuziehung von Psychologen als Sachverständige eine Pleite gewesen ist. Es war für alle Beteiligten eine peinliche Angelegenheit. Mit Mitteln

der Psychologie ist kein Mensch zu beurteilen so wie es notwendig ist, um ein Bild einer Ganzheit »Mensch« aufzuzeichnen, eine Persönlichkeit darzustellen, so wie sie leibt und lebt und wie das Blut durch ihre Adern rollt. Es ist eine trockene Angelegenheit. Man lasse sich nicht dadurch täuschen, daß diese Psychologie sich in den letzten Jahren als Ganzheitspsychologie getarnt hat. Man frage mal einen Psychologen, was er denn darunter versteht, und man wird nur eine für jeden Arzt unbefriedigende Antwort erhalten. Man erhält Steine statt Brot.

Nein, das ist nicht der Weg, Persönlichkeitsforschung zu treiben. Denn zur Persönlichkeit gehört weiß Gott mehr als nur eine »Psyche«, es gehört sogar sehr, sehr viel Materie dazu.

Diese Persönlichkeitsforschung muß den Forderungen der Zeit und der Zukunft angepaßt werden. Welche Wichtigkeit diese Forschung gerade für uns Psychiater hat, ist am Beispiel der Psychopathen am besten erweislich. Die Reichswehr, die Partei und ihre Gliederungen, all das hat Interesse daran, zu lernen, um was es geht. Denn Psychopathen finden sich immer im Strom, sie schwimmen niemals gegen den Strom, dazu sind sie zu feige, sie befinden sich mitten unter uns. Sie waren immer da, wo etwas los war und ist, sie sind niemals dort, wo es gilt, eiserne Pflicht zu erfüllen. Sie greifen immer das Neue auf und sind enttäuscht, wenn dieses Neue dem Alltag weichen muß. Sie sind die Querköpfe in der Partei. Sie machen überall da Ansprüche, wo nur harte Arbeit zum Ziele führen kann. Sie glauben, daß sie als Parteiangehörige besondere Rechte haben. Sie fühlen sich als Exponent einer neuen Zeit. Sie sind die Mitläufer, die uns bei der nächsten Gelegenheit davonlaufen werden. Es kann gut gehen mit ihnen, solange wir nicht erhöhte Anforderungen an sie stellen nach Leistung und Charakter. Sie sitzen vielfach dort, wo sie nicht hingehören, weil niemand da ist, der sich ein Bild von ihrer Struktur machen kann, und eines Tages wundert sich alles, wie er dort hingekommen ist, »wie war es möglich« ..... und alles schlägt die Hände über dem Kopf zusammen. Alle diese Menschen gehören nicht in eine Organisation, die bestimmte Dinge auf ihre Fahnen geschrieben hat. Sie kennen zu lernen, ist die Aufgabe einer neuen Generation von Ärzten, die nicht nur in der Psychologie zu Hause sind, sondern um den Aufbau von lebendigen Persönlichkeiten wissen. Diese Psychiater sind heute nicht mehr jene abgeschlossenen Menschen, wie man sie früher gekannt hat und wie sie oft genug dargestellt sind, sie sind nicht mehr Menschen, die einen etwas mit Vorsicht zu genießenden Beruf haben, sie gehören nicht mehr zu denen, die alle Mitmenschen von vorneherein als »verrückt« ansehen, oder ihre Umgebung mißtrauisch betrachten, sondern sie sind kühle Beobachter, die mehr zu sehen

gewohnt sind als der Durchschnitt der Ärzte. Sie sind in der Lage, Menschen nicht mit sogen. psychologischen Mitteln, sondern mit dem ganzen Rüstzeug einer Wissenschaft vom Leben zu betrachten. Es ist ein neuer Schlag, der da mehr oder weniger unbemerkt aufgewachsen ist. Er will ans Licht und drängt an die Aufgaben heran, deren Lösung bzw. Inangriffnahme man mit Recht von uns erwarten kann.

Ein Teil dieser Aufgaben ist ja schon in der Außenfürsorge in Angriff genommen worden. Es handelt sich ja gerade hier nicht nur immer um die Beurteilung rein Kranker, geistig kranker Menschen, sondern auch um die Beurteilung auffallender Persönlichkeiten, Erwachsener und Jugendlicher. Das muß ausgebaut werden. Denn ich kann mir vorstellen, daß die Jugendformationen der Partei, die H. J., das Jungvolk, der B. D. M. und die Jungmädelscharen oft das Bedürfnis verspüren werden, ein Urteil zu haben über ihre Angehörigen. Zum Teil wird diese Arbeit zusammenfallen mit der Beurteilung gewisser Kategorien von Jugendlichen in den Schulen, zumal die meisten Schüler in den obigen Formationen erfaßt sind. Und hier sollte man keine sogen. Psychologen nehmen. Es ist das genau so, als wenn menschliche Erbbiologie und Bevölkerungspolitik von Landwirten gelehrt und gepredigt wird.

Nun ist es mit der Persönlichkeitsforschung ja eine eigene Sache. Es ist gar kein Wunder, daß man letzten Endes doch immer wieder bei diesen Fragen auf Ärzte zurückgreift, die im wesentlichen keine eigentlichen »Psychologen« sind. Die Krankheiten insbesondere, mit denen es der Psychiater zu tun hat, lehren uns eben Dinge, von denen sich der Nichtpsychiater mit Einschluß der sogen. Psychologen nichts träumen läßt. Die Psychose, jede Psychose mit Einschluß der nichterblichen legt Persönlichkeitszüge bloß, lockert die Persönlichkeit mit ihren Komponenten auf, so daß die einzelnen Züge für uns leichter sichtbar werden, wie uns *Kretschmer* in so großartiger Weise gezeigt hat. Wir sehen einzelne Teile und Radikale leichter. Es ist das so vorstellbar wie bei einer Maschine, deren Bau und innere Organisation für uns schwer durchsichtig ist. Wenn sie aber einmal nicht funktioniert, dann müssen wir sie auseinandernehmen und in die einzelnen Teile zerlegen, und bei dieser Gelegenheit gelingt es uns, die einzelnen Teile kennen zu lernen und sie in ihrem Zusammenwirken mit anderen Teilen abzuschätzen und zu beurteilen. Wir erkennen dann, welchen Wert für das Gesamtgefüge und das notwendige Funktionieren der einzelne Teil hat. Das nennt man denn auf dem Gebiete der Psychiatrie »Analyse«. Aber diese Analyse ist etwas durchaus Funktionales und nur unter dem Gesichtspunkt der Funktion zu verstehen. Viele sogen. Analytiker aus der Schule der sogen.

Psychologie aber machen es wie die Kinder: sie zerlegen ein Spielzeug in einzelne Teile, und wenn sie es nun nicht mehr zusammensetzen können, dann wird es in die Ecke geworfen. Ich glaube, daß die Psychiatrie in dieser Beziehung etwas vorsichtiger zu Werke gegangen ist. Sie kann zwar nicht immer mit diesen scheinbar glänzenden und kühnen Ergebnissen aufwarten wie die analytisch-psychologische Richtung, aber sie bemüht sich, Stück für Stück zusammenzutragen und vorsichtig am Bau der Persönlichkeitslehre zu arbeiten. Das mag vielleicht etwas spießig aussehen, aber schließlich ist eine Persönlichkeit und eine Seele etwas, das sehr zart angefaßt werden muß und in dem man nicht herumrühren kann wie in dem modernen Planetengetriebe eines Autos. Eine große wichtige Aufgabe wird daher die kommende Psychiatergeneration haben müssen in dem großen Hilfswerk des deutschen Volkes, des A. f. V. Ich lese gerade in einer der letzten Nummern der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift einen Aufsatz von *Pfister* über die Verschickung von Müttern zum Zwecke der Erholung. Wer überhaupt das Wesen nationalsozialistischer Organe erfaßt hat, der kann *Pfister* nur Recht geben. Er weiß auch, daß die N. S. V. ausschließlich im Dienste des erbgesunden und körperlich gesunden Teiles unseres Volkes zu stehen hat und stehen soll. Soweit es sich aber um Kranke, sowohl körperlich wie geistige Kranke handelt, stehen andere Organisationen zur Verfügung. Es ist nicht Aufgabe der N. S. V., sich um Kategorieen von Menschen zu kümmern, die in das Ressort der Wohlfahrtsämter, der Krankenkassen und dergleichen fallen. Die kommenden Ämter für Volksgesundheit werden hier auch des kundigen Psychiaters nicht entraten können. Irgendwelche abwegigen, psychisch abwegigen Personen gehören eben nicht in die Arbeit des A. f. V. Nur die besten sind gerade gut genug, um betreut zu werden. Aber man muß sie erkennen können, um sie von der Betreuung auszuscheiden.

Um diese Arbeit aber durchzuführen, brauchen wir Ärzte, die nicht nur auf dem Boden ihres Faches zu Hause sind. Das ist zwar die erste Voraussetzung für eine fruchtbare Arbeit. Ebenso wichtig ist aber die Schulung in all den Dingen, die die nationalsozialistische Weltanschauung betreffen. Es ist ein Novum fraglos, das hier von uns Ärzten gefordert wird: nämlich Soldaten einer bestimmten Weltanschauung zu sein. Und ein Soldat braucht eine Ausbildung, damit er die Waffe richtig gebrauchen und damit er Führer in einem Kampfe werden kann, der zum Ziele die Zukunft unseres Volkes hat. Wer von der biologischen Zukunft unseres Volkes nicht überzeugt ist, der soll nicht Arzt werden und bleiben. Und wer für diese Zukunft sich nicht einsetzen kann, den können wir nicht brauchen. Es wird also erforderlich sein, daß zum mindesten jeder Arzt weiß, worum es geht. Und das kann man nur er-

reichen durch eine entsprechende Schulung. Noch sind wir nicht so weit. Wie wichtig das aber ist, sieht man vor allem am Gebiete der Außenfürsorge unserer Anstalten. Der betr. Arzt kommt ja nicht nur mit kranken, sondern auch mit den gesunden Familienmitgliedern in Berührung. Er macht seine Hausbesuche und betritt die Wohnungen der Volksgenossen, die vom Glücke nicht gerade gesegnet sind und die zum großen Teil den früheren marxistischen Organisationen oder sonstigen volksfeindlichen Verbänden angehört haben. Auf die soll er wirken, denen soll er den Weg des dritten Reiches verständlich machen, die soll er zur Mitarbeit heranziehen und sie nicht nur gesundheitlich betreuen, sondern auch zu guten Deutschen machen. Da genügt es denn keineswegs, daß jemand das Parteiabzeichen trägt, sondern dazu gehört ein Herz, das innerlich keine Zweifel aufkommen läßt, dazu gehört ein Verstand, der um alle schwebenden Fragen des dritten Reiches weiß, dazu gehört ein Wille zum Abstreifen all der »Bürgertugenden«, die die sogen. besser gestellte Schicht getrennt haben vom Herzen unseres Volkes. All das trifft nicht nur für den Außenfürsorgearzt der Anstalt, sondern für alle Ärzte zu. 40000 Ärzte, die die Wohnungen unserer Volksgenossen betreten, bzw. zu denen die Volksgenossen in die Sprechstunde kommen, die stellen ein politisches Machtinstrument dar von einer Gewalt und einem Ausmaße beinahe unvorstellbarer Größe. Man muß sich aber darüber klar sein, daß die Angehörigen eines solchen Standes zur Zeit noch nicht in der Lage sind, neben ihrer ärztlichen Aufgabe auch die Tätigkeit einer politischen Propaganda im edelsten Sinne des Wortes zu unternehmen, wie sie sich wirksamer bei richtiger Anwendung nicht gedacht werden kann. Rechnet man nur damit, daß jeder Arzt mit nur etwa 500 Personen jährlich des öfteren zusammenkommt, so ist das eine Zahl, die auf unseren Ärztestand berechnet etwa 20 Millionen Volksgenossen ausmachen wird. Soviele sind ohne weiteres zu erfassen. Sie mit den Mitteln des Herzens, des Charakters, des klug und zielgerichtet angewendeten Verstandes zu behandeln und zu beeinflussen, ist ein Auftrag, den sich die deutsche Ärzteschaft verdienen muß, dessen Vollbringen aber auch dadurch unterstützt werden sollte, als man den Ärzten wenigstens die schulungsmäßige Unterlage dafür gibt. Diese Schulung hätte selbstverständlich schon auf der Universität zu beginnen und nach der Absolvierung der Schule ihre Fortsetzung zu finden und muß auch während der Berufsausübung immer vollendeter werden.

Wir müssen uns bei alle dem vollkommen klar darüber sein, daß der Arzt große Leistungen vollbringen muß. Die Ansprüche, die heute an ihn gestellt werden, sind ungeheuer groß. Nicht nur, was Wissen und Können anbelangt, sondern auch was Kraft, Ausdauer und Zähigkeit betrifft. Viele Ärzte sind in der S. A., der S. S.

oder sonstigen Formationen der Bewegung. Heute kommen die Reichswehr dazu, die an alle Ärzte besondere Anforderungen zu stellen hat. Man kann wohl sagen, daß kein Berufsstand in Deutschland derart in Anspruch genommen wird, wie die Ärzteschaft. Aber wir sollen stolz uns bewußt sein, was auf unseren Schultern ruht, wir müssen uns bewußt sein, daß in unseren Händen zum großen Teil die Zukunft unseres Volkes ruht. Ein neues Arzttum steigt herauf, das wir heute wohl ahnen, über das aber die Geschichte erst wird klar und sicher urteilen können. Die Geschichte allein wird sagen können, ob der deutsche Arzt, die deutsche Medizin des 20. Jahrhunderts ihre Aufgabe begriffen und erfüllt hat oder nicht. Und die heutige Psychiatergeneration wird an diesen Aufgaben maßgeblich beteiligt sein. In unseren Händen liegt schon ein Großteil des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, in unsere Hände werden weitere Aufgaben kommen. Bereiten wir uns auf diese Aufgaben vor, fordern wir aber auch, daß man diese Aufgaben erkennt und sie fördert. Die deutsche Ärzteschaft hat, darüber müssen wir uns vollkommen klar sein, selbstverständlich die Zeit des Weimarer Systems noch nicht restlos überwunden, wie man überhaupt von den Menschen der vergangenen Jahre nicht erwarten kann, daß sie nun 100%ige Nationalsozialisten geworden sind. Diese Meinung, das zu sein, erwecke nur ein bestimmter Teil aller Menschen und auch der Ärzte. Jeder ernstlich um sich Bemühte aber wird beim näheren Zusehen sagen müssen, daß ihm noch viel an dem fehlt, was man einen echten Nationalsozialisten nennt. An uns allen kleben selbstverständlich die Schlacken einer Epoche, der wir unterworfen wurden und deren Anschauungen wir wohl oder übel in uns aufnehmen mußten. Auch dann, wenn wir schon seit Jahren in der Bewegung gestanden haben. Erst eine Jugend, an die die Wasser der liberalistischen Flut nicht mehr herangekommen sind, die wird mehr können als wir. Ihr die Wege zu ebnen, ist auch eine Aufgabe, die zu erfüllen der deutsche Arzt nicht unterlassen sollte. Wir, die wir seit dem großen Kriege sorgenvoll in die Zukunft unseres Volkes geblickt haben, wir sehen auch heute die Wolken, die den Horizont unserer Freiheit, sowohl der innerlichen wie der äußerlichen, verdüstern. Wir sind noch lange nicht über den Berg, und in seinen Schluchten lauern die Gegner, die nur die günstige Gelegenheit abpassen wollen, um aus ihren Verstecken hervorzubrechen. Wir kennen diese Gegner nur zu gut ..... aber auch die Jugend, die ärztliche Jugend muß sie erkennen und ihre Bedeutung zu erfassen lernen. Allein das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sollte gezeigt haben, wo diese Gegner sitzen. Von der Rassenfrage schon ganz zu schweigen. Es gibt noch manchen, der höhnisch auf die »nordische Edelrasse« hinweist und dabei ganz ge-

nau weiß, daß er böswillig mißversteht. Man sieht schon daraus, wie weit noch Aufklärung notwendig ist und wie weit wir selber noch lernen müssen. Unsere Jugend aber, wir rechnen uns selber noch zu ihr, die wird einmal in anderer Weise mit dem Spuk ein Ende machen, wie wir es aus vielen Gründen nicht oder noch nicht gekonnt haben. Dieses Ende ist und kann kein Kampf der Gewalt sein, sondern wird immer ein inneres Überwinden sein müssen. Was wir können, das ist: Die Sturmstellungen des Gegners reif zu machen, jene Stellungen, die die kommende Generation mit Einsatz letzter Mittel wird stürmen und ausbauen müssen. In diesem Kampfe wird der deutsche Arzt an hervorragender Stelle stehen.

Man macht uns gewiß unsere Arbeit oft nicht leicht. Wir wissen es alle. Man hat manchen Hieb gegen uns Ärzte geführt, nicht immer mit gutem Recht. Sicher aber ist, daß die Führung der deutschen Ärzteschaft im Verein mit der Staatsführung das Ziel klar vor Augen hat, auf das wir zusteuern müssen. Nicht jeder harte Kampf braucht gleich ein Sieg zu sein. Ein Sieger wird letzlich nur der innerlich Starke sein können. Und diese Stärke muß der deutsche Arzt in besonderem Ausmaße besitzen. Diese Stärke müssen wir auch von einer neuen Generation von Psychiatern verlangen, deren Zahl immer einen beträchtlichen Bruchteil der Gesamtärzteschaft ausmachen wird. Dieser Teil ist eine Macht, die ausgebaut werden muß. Wir werden uns zu überlegen haben, welche Wege wir hier zu gehen haben. Die Zielrichtung, auf die wir zusteuern müssen, ist ausschließlich die Zukunft unseres Volkes und muß im engen Verein mit der Gesamtärzteschaft angegangen werden. Als Bindeglied aber dienen den Anstalten, in denen ja doch ein großer Teil der heutigen Psychiatergenerationen tätig ist, die Ärzte des Außendienstes, die vor allem zu den Gesundheitsämtern engste Verbindungen unterhalten und ausbauen müssen. Die Gesundheitsämter können, das sieht man ohne weiteres ein und wird auch anerkannt, des psychiatrisch-neurologischen Fachberaters nicht entraten. Unsere Tätigkeit hat aber auch zum Ziele, die Kenntnisse unseres Gebietes in die gesamte Ärzteschaft hineinzutragen.

Das Arzttum einer neuen Zeit ist ein exquisit politisches im besten Sinne des Wortes. Dieses Arzttum erhält seine Aufgabe nicht von irgendwelchen wissenschaftlichen Fragestellungen objektiver Art, nicht aus den verschiedenen sogen. Schulen, sondern vom Volke und seinem Rhythmus. Das neue Arzttum treibt Wissenschaft nicht um ihrer selbst Willen und benutzt diese Wissenschaft nicht zum Ausbau persönlicher gesellschaftlicher Stellungen und Domänen, sondern die Wissenschaft dieses Arzttums ist eine Angelegenheit des gesamten deutschen Ärztestandes und Volkstums. Diese Wissenschaft ist keineswegs mehr ausschließlich an die

Stätten reiner Forschung gebunden, sondern sie muß im Wechselspiel aller der Kräfte entstehen, die zur Pflege der Volksgesundheit berufen und auserwählt werden. Es ist das eine Frage, die den angehenden Wissenschaftlicher in stärkstem Maße berührt. Wir kennen alle die Lage oder die bisherige Lage auf dem Privatdozentenmarkt, wenn man so sagen kann. Nirgends hat sich ein schrankenlosester Individualismus so ausgetobt wie hier. Nirgends war Eifersucht, Kleinlichkeit, Haß, Neid, Strebertum so groß wie dort. Und zwar aus dem einfachen Grunde, weil die Wissenschaft ein Mantel geworden war, der in den Augen der Mitwelt einen besonderen Schmuck bedeutete. Man hängte sich diesen Mantel um aus Eitelkeit und Ruhmsucht. Nun ist wahrlich die Wissenschaft keine Dirne, die sich jedem an den Hals wirft. Eins hatte eben diese Wissenschaft in jener liberalistischen Epoche nicht begriffen: daß sie die Dienerin eines Volkes zu sein hat. Heute ist diese Aufgabe offenbar geworden, und auch der »objektivste« Wissenschaftler ahnt heute Dinge, die ihn einen Blick tun lassen in ein fernes Land, das er früher vor lauter Gelehrtheit nicht sah. Diese neu aufwachsende Generation von wirklichen Wissenschaftlern wird ganz andere Aufgaben zu sehen im Stande sein.

Es ist eine Wissenschaft, die mehr als alle Krankheitslehre die Masse unseres Volkes stärkstens berührt. Diese Wissenschaft hat sich daher nicht mehr zu bewegen in fabelhaften Gedankenkonstruktionen beneidenswerter Eloquenz (wie es hier und da einmal auf Kongressen mit schmunzelndem Genuß auf Seiten der Zuhörer geschieht), sondern in einem Deutsch, das wir alle verstehen, auch wir etwas simpleren Anstaltsärzte. *Lieck* hat in seinem beißenden Sarkasmus dargetan, welche Stil- und Satzblüten sich sogen. Wissenschaftler leisteten. Es ist heute oft noch nicht anders geworden, und die letzten Kongresse unseres eigenen Faches haben es zur Genüge dargetan, wie sehr ein Mensch sich an seinen eigenen Satzbauten berauschen kann. Das ist keine Wissenschaft mehr, das ist Varieté! Man merkt einem solchen Künstler den Ehrgeiz, den Fleiß, die dauernde Übung, die bis zur Technisierung getriebene Ausarbeitung der Sprache an, es ist »ganz groß«, was da an Virtuosität geleistet wird. Aber es gibt Gott sei Dank genug Leute, die dieses Schimmern und Gleißen als das nehmen, was es ist: als eine Vorstellung artistischen Charakters. Manches davon mag sehr klug sein, sehr interessant, sehr durchdacht, aber man nimmt dabei auf das Organ anderer keine Rücksicht. Es ist an und für sich schon sehr schwer, daß sich Menschen auch gleichartiger Prägung verstehen können. Wieviel schwerer aber ist die Möglichkeit eines solchen Verstehens, wenn jemand nicht die Sprache seines Volkes, sondern seine eigene Sprache spricht, eine Sprache, die sich so weit von aller Verständigungsmöglichkeit entfernt.

Alle diese Dinge, die da gesagt werden, fallen letzten Endes unter den Tisch. Denn man kann dem Durchschnitt der Menschen nicht zumuten, daß er sich beim Lesen und Zuhören solcher Dinge Kopfschmerzen holt. Die Zeiten müssen endgültig vorbei sein, wo man für einen kleinen exklusiven Kreis schrieb oder redete, sondern es darf nur so geredet und geschrieben werden, daß das alles als Waffe einer Deutschen Gesundheitspflege auch wirklich brauchbar und anwendbar ist. Und zwar so, daß diese Waffe auch der einfache Mann gebrauchen kann. Wir können hier eine Parallele ziehen zu modernen technischen Apparaten, die der einzelne auch nicht genau durchschaut, die er aber gebraucht und gebrauchen kann. Er hat allemal eine Ahnung davon, wie das alles funktioniert, auch wenn er den eigentlichen konstruktiven Gedankengängen des Ingenieurs nicht folgen kann. Aber der Ingenieur hat sich bei der Schaffung seiner Werke auf den Gebrauch eingestellt, den einmal die Masse von seinem Werk machen soll. So muß es in der Wissenschaft werden. Die Ergebnisse einer Wissenschaft müssen durchsichtlich und nicht verklausuliert sein. Die Sprache muß offen und ehrlich sein und sich für ja oder nein entscheiden. Eine Wissenschaft muß den Mut haben, auch einen Fehler zu sagen und vor allem: sie muß den Mut haben, einen Fehler einzugestehen. Und die guten Nachbarn und Freunde sollten für dieses Fehlermachen Verständnis haben. Allerdings sollte, das gibt es auch, das Fehlermachen nicht zum Grundsatz erhoben werden. Aber man muß den Mut haben, etwas auszusprechen, auch wenn es ungewöhnlich ist. Ein gewisser Typ unserer sogen. Wissenschaftlicher hat diesen Mut nicht. Aber dem Mutigen gehört die Welt, auch wenn nur einmal eine Ahnung, eine ferne Wahrscheinlichkeit ausgesprochen wird. Solche geahnten Wahrscheinlichkeiten können einmal eine Welt bewegen und ein Volk vorwärtstreiben. Objektivität aber ist allemal eine Sicherung, die der Schwache sich setzt, sie ist der Wall, den sich eine Persönlichkeit mit eng begrenzten Möglichkeiten selber zieht, um sich vor Ausflügen in unbekanntes Gelände vor sich selber zu schützen. Wieviel Objektivität hat uns die Wissenschaft geliefert und wieviel ist davon letzten Endes als Wahrheit stehen geblieben! Das Leben aber wird bunt und reichhaltig, wenn wir seine Farben leuchten lassen dadurch, daß wir es mit unseren subjektiven Augen sehen und anderen so zeigen. Vielleicht sieht der andere im Licht dieser Subjektivität doch mehr, als er im grau und grau aller Objektivität sehen würde. Licht erleichtert zum mindesten das Auffinden mancher Tatsachen, deren Deutung dann eine zweite Sache ist. Die Bedeutung von Tatsachen aber der Wahrheit gemäß und der Realität entsprechend zu erkennen und zu erarbeiten, das wird immer die Tätigkeit derjenigen bleiben, die weit über das Maß all-

gemeinen Durchschnittes hinaus begabt sind. Eine Tatsache in ein Weltbild einzufügen, ist die Aufgabe der wenigen, die wir als Genies erkennen.

Auch heute gibt es noch Leute, die eine volksnahe Wissenschaft ablehnen. Sie sind der Meinung, daß Wissenschaft nur international ist und nur international verstanden werden kann. Gewiß gibt es genug wissenschaftliche Ergebnisse, die allgemeine Bedeutung haben wie z. B. die Erkenntnisse eines *Keppler*. Aber wie der einzelne diese Ergebnisse sieht, wie er sie anwendet, welche Schlüsse er daraus zieht, das kann niemals Sache eines internationalen Forums sein, sondern ist ausschließlich Angelegenheit einer Gruppe von Menschen, die durch ganz bestimmt strukturierte Bande des Blutes und der Rasse miteinander verknüpft sind. Das wird deutlich gemacht durch eine solche Tatsache eines von *Galilei* und *Keppler* geschaffenen Weltbildes, das die dogmatischen Ansichten einer mittelalterlichen Kirche über den Haufen warf. Wie sich aber der Kampf zwischen dieser neuen Erkenntnis und dem Dogma in den verschiedenen Ländern abspielte, das ist ausschließlich eine Angelegenheit der Rassestruktur gewesen, und auch heute werden Erweiterungen unseres Weltbildes nur gesehen werden können durch die Brille der Rassen und Rassengemische, niemals aber durch die Brille der sogen. Objektivität. Das sollten gerade wir Psychiater nicht vergessen und uns immer mehr und mehr ins Gedächtnis einhämmern. Die Fruchtbarkeit unserer Arbeit wird darunter sicherlich nicht leiden, sondern sie wird erst damit die Bedeutung erhalten, die ihr zukommt. Und diese Bedeutung ist wahrlich gewaltig genug.

Abgesehen davon aber hängt die Entwicklung der heutigen Psychiatrie und vor allem die Deutsche Psychiatrie eng zusammen mit der Entwicklung eines neuen deutschen Arzttums überhaupt. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß schon manches geschehen ist, daß die bisherigen Schritte in die Zukunft einer grundsätzlichen neuen Einstellung des Arzttums überhaupt weisen. Noch aber bleibt vieles, um nicht zu sagen alles zu tun übrig. Wenn auch diese Fragen an sich nicht in eine Arbeit über Außenfürsorge hineingehören noch in eine Fachzeitschrift für Psychiatrie, so sind doch diese Dinge für uns so enorm wichtig, daß es erlaubt sein mag, an dieser Stelle darüber zu sprechen.

Noch haben wir uns nicht frei gemacht von der Fiktion eines freien, eines sogen. freien Arzttums. Das war eine Fiktion während der Systemzeit, in der doch beim besten Willen von einer Freiheit des Arztes keine Rede mehr sein konnte. Der deutsche Arzt war zum Sklaven von Krankenkassen, Volksmeinungen, -gesinnungen und -wünschen geworden. In seinen Möglichkeiten war er so gebunden wie nur möglich. Aber man glaube doch nicht, daß ein

sogen. freies Arzttum jemals wieder aufgerichtet werden könnte. Der Arzt des dritten Reiches ist weniger frei als je, aber in einem gänzlich anderen Sinne als bisher. Ich halte es für gut, beizeiten darauf hinzuweisen, daß man nicht die Fiktion eines freien Arzttums unter neuem Vorzeichen wieder aufrichtet. Heute ist der Arzt der Diener seines Volkes, er ist an dieses Volk gebunden, mit ihm auf Gedeih und Verderb verknüpft, in seine Hände ist die Aufgabe gelegt, das Fundament eines zukunftsträchtigen gesunden Volkes zu legen. Die Leistung dieser Aufgabe wird nur möglich durch stärkste Bindungen, aber nicht durch sogen. Freiheiten.

Man hält noch allgemein fest an der Art der heutigen Kassenarzttätigkeit, man hat noch Gebührenordnungen, die als Zwangsjacken ärztlicher Tätigkeit angesehen werden müssen. Man muß sich bei jedem Privatpatienten (die ja für den Anstaltsarzt überhaupt kaum in Frage kommen dürften) überlegen, wie man dessen Geldbeutel erleichtert, ohne seinen Gemütszustand allzu sehr zu drücken. Man hat seine Mühe und seine Arbeit mit der Verrechnung von Kassenscheinen, auch wenn diese Aufgaben die K. V. D. übernommen hat. Aber wir wollen uns doch nichts vormachen: das alles ist eine halbe Sache. Die meisten Ärzte denken in dieser Beziehung absolut individualistisch, und wir wissen alle kaum, daß wir so denken. Wir halten fest an diesem System, weil wir glauben, daß wir nur auf diese Weise das Vertrauen der Patienten gewinnen können. Das ist eben einfach nicht wahr. Ich höre oft genug, daß der Zulauf zu den Kurpfuschern größer denn je ist, ein Zeichen dafür, daß es doch mit der Gewinnung neuen Vertrauens nicht allzu weit her ist. Meines Erachtens liegt der Grund in der Art der Bezahlung unserer Ärzteschaft. Und trotzdem die ganze Ärzteschaft über die Art dieser Bezahlung jammert, will sie doch davon nicht lassen, weil es sich in einem Teil, vielleicht in einem großen Teil der Fälle doch zu lohnen scheint.

Meines Erachtens aber müßten wir uns von dieser Einstellung grundsätzlich frei machen, weil sie uns hemmt und nicht das leisten läßt, was wir einfach leisten müssen. Der freie Arzt ist eben tot, darüber kommt man nicht hinweg. Es fragt sich nur, wie man einen neuen Typus schaffen kann, einen Typus, wie ihn das deutsche Volk als erstes haben muß und wird.

Man hat darauf verwiesen, daß der Hausarzt in einer einem biologischen Staate entsprechenden Art auferstehen muß. Es ist klar, daß ein solcher Hausarzt verstehen muß, sich das Vertrauen seiner Klientel in einer Weise zu erwerben, auf dem die Erfüllung der von uns gewünschten Aufgaben möglich ist. Gerade der Hausarzt aber wird sich absolut frei machen müssen von jedem Individualismus und jeder Art der Gebührenordnung im alten Sinne. Wir wollen uns doch nichts vormachen: an dieser Gebührenordnung

krankt der Ärztestand. Der Arzt als Exponent des Staates, als Waffe des Volkes muß frei in seinem Handeln sein und nur verantwortlich dem Volke, dem er dient und gebunden an dieses Volk.

Immer wieder hört man, auch von Seiten, von denen man es nicht vermuten sollte, daß alles besser wäre, wenn der Patient selber aus eigener Tasche bezahlen müsse. Darum geht es gar nicht, ob er bezahlen muß, soll und wie er zu bezahlen hat, es geht gar nicht mehr darum, wer die Kosten der ärztlichen Behandlung trägt, es geht darum, wie wir unsere Aufgabe lösen. Und diese Aufgabe hängt eben eng zusammen mit einer grundsätzlich anderen Einstellung des Arztes.

Als Diener des Staates kann dieser Arzt nicht mehr »frei« sein, sondern er muß wirtschaftlich auf eine andere Basis gestellt werden. Es wäre doch leicht möglich, daß man die Gemeinden, Kreise usw. einteilt nach den Gesichtspunkten einer Klinik, d. h. über einen bestimmt abgegrenzten Bezirk von meinetwegen einigen tausend Einwohnern wird ein leitender Arzt gesetzt, der mehrere andere Ärzte zu seinen Mitarbeitern zählt. Dieser Ärztekomplex hat gemeinsame Räumlichkeiten, in denen sich die Patienten zur Untersuchung und Beratung einfinden. Es ist das genau so zu denken wie in einem Krankenhause, in dem die Assistenten unter dem Chef arbeiten. Nur, daß hier die Ärzte nicht allein die Behandlung von Krankheiten zu übernehmen haben, sondern auch in allererster Linie den Gesundheitszustand ihres Reviers zu überwachen haben.

Alle Ärzte aber stehen unter der Aufsicht des Gesundheitsamtes, wenn es sich um Fragen der allgemeinen Volksgesundheit handelt, bzw. noch zu schaffender Kommissionen, wenn es sich um Fragen der Behandlung des Einzelmenschen dreht. Auf diese Weise muß es gelingen, ein dichtes Netz gesundheitlicher Betreuung über Deutschland zu ziehen und ein Netz zu spannen, durch das kaum jemand wird hindurchschlüpfen können.

Daß der Facharzt in diesem Geschehen eine besondere Stellung einnehmen wird, dürfte ohne weiteres klar sein. Ohne daß ich an dieser Stelle näher auf die Art der Behandlung und dergleichen eingehen möchte, ist soviel zu sagen, daß der Außenfürsorgearzt aus diesem Geschehen nicht weggedacht werden kann. Das Bedürfnis nach fachärztlicher Beratung wird stärker denn je hervortreten. Die einzelnen »Revierärzte« werden ihre psychiatrisch-neurologischen Fälle zu sammeln haben und jeweils dem Außendienstarzt zuführen.

Man wird leicht einsehen, daß ich auf die feste Besoldung dieser Ärzte hinaus will. Es dürfte klar sein, daß man diese Ärzte nicht wirtschaftlich kümmerlich stellen darf. Sondern es muß durch die Art der Besoldung dargetan werden, welche Bedeutung

dieser neuen Art Hausarzt zugemessen wird. Der Staat wird allerdings verlangen können, daß diese Ärzte schon in ihrem Ausbildungsgang derart geschult werden, daß sie ihren späteren Aufgaben gewachsen sind. Die Räume werden ihnen von der Organisation der deutschen Krankenkassen, die zu einem großen Komplex zusammengeschlossen werden müssen, zur Verfügung gestellt. Es wird auf diese Weise den Ärzten auch die nicht immer leichte Sorge für ihre Sprechzimmer und deren Finanzierung aus der Hand genommen. Von vorneherein müßte dafür Sorge getragen werden, daß sich der Apparat nicht auswächst. Die größten Erfindungen der medizinischen Wissenschaft sind nicht in Prachtbauten und elegant ausgestatteten Zimmern gemacht worden. Die Ärzte sollen selbstverständlich auch die Möglichkeit zu Nebeneinnahmen haben dadurch, daß sie zur Gutachtenerstattung herangezogen werden in dem Maße wie bisher.

Die Frage der sogen. Privatpatienten müßte in diesem Zusammenhange noch gelöst werden. Es ist klar, daß bei unserer über das gesamte Volk sich erstreckenden gesundheitlichen Aufsicht niemand ausfallen darf. Ob Arbeiter oder Fabrikherr, ob Angestellter oder Bankier, ob Büromensch oder Jurist, ob irgendwer: alles hat sich der gesundheitlichen Beaufsichtigung zu unterwerfen. Früher war es so, daß der zahlungskräftige Bürger jährlich seinem Hausarzte eine gewisse meist kleinere Summe zur Verfügung stellte; dafür suchte dann der Arzt mehrmals jährlich bei passender Gelegenheit das Haus auf und erkundigte sich über vorgekommene Besonderheiten. In derselben Weise kann das nunmehr geschehen, nur daß ein Zwang nach beiden Seiten hin ausgeübt werden muß, ein Zwang, der allerdings von Seiten der Betreuten freiwillig auf sich genommen werden sollte. Solche Dinge sollten sich ohne harten Druck dadurch durchsetzen, daß der einzelne immer mehr und mehr vertraut wird mit den Methoden moderner staatlicher Gesundheitsaufsicht und den Gesichtspunkten der Rassenhygiene. Und gerade der sogen. Gebildete sollte hier führend vorangehen.

Diese Andeutungen dürften genügen, um zu zeigen, in welcher Richtung sich auch die psychiatrische Arbeit erstrecken wird. Sie wird grundsätzlich dieselbe bleiben wie bisher, nur daß sie sich in einen Rahmen einspannen wird, der die Durchsetzung dessen, was wir wollen und müssen, besser gewährleistet wie bisher. Ein kommender Ärztestand allerdings müßte erst seinen Widerstand gegenüber gewissen durch die Notwendigkeiten der Allgemeinheit erwachsenen Forderungen aufgeben. Nicht immer ist es so, daß z. B. die psychiatrische Beratung übermäßig von den Praktikern begrüßt würde. Der Arzt der sogen. freien Praxis macht noch allzuviel Konzessionen an diejenigen seiner Klientel, die sich vor dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses drücken wollen.

Er hilft ihnen dabei, und ich habe Äußerungen selbst von Nervenärzten gehört derart: man solle nur etwas abwarten, das Gesetz würde schon seine Milderungen finden. Ärzte, die so denken und entsprechend handeln, sind für uns untragbar. Es gibt genug Wege, Erbkranke zu erfassen. Aber sie bewußt der Erfassung fernzuhalten, entspricht nicht dem Sinn neuen Arzttums. Nur dann, wenn es sich um lästige Konkurrenz handelt, tritt mancher sonst zögernde Praktiker aus seiner Reserve heraus. So weiß ich von zwei Fällen, wo der eine Arzt den Nachbarn wegen Schizophrenie und dieser seinen Gegner wegen Schwachsinn beim Kreisarzt angezeigt hat!! Wir alle wissen, wie schwer es oft ist, einen Schwachsinn festzustellen und wieviel schwerer es oft ist, diesen Schwachsinn auch dem Erbgesundheitsrichter beweisbar darzustellen. Dazu braucht der Praktiker eine Hilfe, die ihm durch den psychiatrischen Außendienst zur Verfügung gestellt wird. Aber er benutzt diese Hilfe noch viel zu wenig.

Hoffen wir, daß auch hier eine Ausbreitung unserer Gedanken stattfindet zum Wohle derer, denen wir dienen.

Tätigkeitsbericht

des Außendienstes der Provinzialheilanstalt Eickelborn i. Westf. für das Jahr 1934.

Von

Oberarzt Dr. **Ferdinand Hürten.**

Einen planmäßigen Ausbau der offenen Fürsorge für geistig Gebrechliche (psychiatrische Außenfürsorge), deren Anfänge bei der Heilanstalt Eickelborn auf das Jahr 1927 zurückreichen, begann die Provinz Westfalen im Jahre 1929. In einer damaligen Rundverfügung des Landeshauptmanns wurde die Bedeutung der psychiatrischen Außenfürsorge näher umrissen. Als ihre Aufgabe wurde hingestellt, sämtliche geistig gebrechliche Personen, die sich außerhalb der Anstaltsfürsorge befinden, zu erfassen und zu betreuen. Es wurde darauf hingewiesen, daß bei der Ausübung dieses Fürsorgezweiges den Interessen der Kranken sowohl nach der ärztlichen als auch nach der fürsorgerischen Seite hin Rechnung getragen würde. Weiter sollte erstrebt werden, daß durch Beratung der Angehörigen und der Organe der Wohlfahrtspflege in manchen Fällen eine kostspielige Anstaltsunterbringung von Kranken vermieden werde, indem bei geeigneter außenfürsorgerischer Betreuung nicht selten ein Verbleiben des Kranken in ihrer Familie ermöglicht würde. Eine gleich wichtige Bedeutung dieses Fürsorgezweiges beruhe in der Überwachung der aus den Anstalten versuchsweise oder endgültig entlassenen Kranken.

Zur Förderung der Außenfürsorge wurden seiner Zeit von der Provinz Westfalen geeignete Fachärzte der Heilanstalten zur Verfügung gestellt. Die Provinz wurde in acht Außenfürsorgebezirke eingeteilt, derart, daß den einzelnen der acht Provinzialanstalten bestimmte Land- und Stadtkreise zur Bearbeitung überwiesen wurden. Der hiesigen Anstalt wurden damals folgende Stadt- und Landkreise zugeteilt:

Soest, Hamm-Stadt und -Land, Iserlohn-Stadt und -Land, Hagen-Stadt und -Land, Altena, Schwelm.

(Inzwischen ist bekanntlich eine Umbildung und Umbenennung einiger Kreise erfolgt!) Mit der Einrichtung der Außenfürsorge waren damals sämtliche Stadt- und Landkreise einverstanden, außer Hagen, weil dort eine offene Fürsorge durch die eigene Verwaltung bereits bestand. Die nun einsetzende außenfürsorgerische Betreuung wirkte sich bewiesenermaßen überaus segensreich aus. Aber durch die im Jahre 1931 notwendig werdenden allgemeinen Sparmaßnahmen mußten leider auch die Ausgaben für die Außenfürsorge heruntergedrückt werden. Die ganz erhebliche Senkung der zu bewilligenden öffentlichen Mittel brachte es mit sich, daß in der Folgezeit die Zahl der Beratungsstunden stark eingeschränkt wurde: Es durften im Ennepe-Ruhrkreis nur noch alle 6 Wochen, im Kreise Unna, Soest, Iserlohn-Land und Altena nur alle 2 Monate, im Stadtkreise Hamm und Iserlohn nur alle halbe Jahre Sprechtage abgehalten werden.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes z. Verh. erbkr. Nachwuchses hat die Außenfürsorge eine ganz neue, bedeutungsvolle Aufgabe erhalten, welche darin besteht, daß sie im Rahmen der bevölkerungspolitischen Maßnahmen des Reiches mitzuwirken hat, um der Erb- und Rassenpflege des deutschen Volkes zu dienen. In Verfolg dieses Zieles wurde durch Verfügung des Oberpräsidenten der Provinz Westfalen vom August 1934 einem erneuten Ausbau der psychiatrischen Außenfürsorge zugestimmt und ein Übersichtsplan über die Zusammenfassung der Kreise zu den Außenfürsorgebezirken wie folgt festgesetzt:

Außenfürsorgebezirke der Provinzialheilanstalten:	Kreise:
Lengerich	Tecklenburg, Steinfurt, Lübbecke, Minden.
Münster	Münster-Stadt, Münster-Land, Ahaus, Borken, Bocholt, Coesfeld, Lüdinghausen, Warendorf, Recklinghausen-Stadt, Recklinghausen-Land.
Gütersloh	Herford-Stadt, Herford-Land, Bielefeld-Stadt, Bielefeld-Land, Wiedenbrück, Halle, Beckum.
Marsberg (St. Joh. Stift)	Höxter, Warburg, Paderborn.
Marsberg (Heilanstalt)	Büren, Brilon, Wittgenstein.
Warstein	Lippstadt, Arnsberg, Meschede, Olpe, Siegen-Stadt, Siegen-Land.
Eickelborn	Hamm, Soest, Unna, Iserlohn-Stadt, Iserlohn-Land, Hagen, Altena, Ennepe-Ruhrkreis, Lüdenscheid-Stadt.
Aplerbeck	Bottrop, Gelsenkirchen, Gladbeck, Bochum, Dortmund, Lünen, Castrop-Rauxel, Herne, Wanne-Eickel, Wattenscheid, Witten.

Für die psychiatrische Außenfürsorge der Heilanstalt Eickelborn wurde verfügt, daß eine Verdoppelung der Sprechtage in den Kreisen, wo bereits früher Untersuchungstermine stattgefunden hatten, vorgenommen und in den Kreisen, wo der Außenfürsorgearzt früher nicht tätig gewesen war, eine entsprechende Anzahl von Sprechtagen eingelegt wurde. Dieser erweiterte Plan konnte sich aber erst in den letzten drei Monaten des verflossenen Jahres auswirken und liegt für das laufende Jahr 1935 wie folgt fest:

Für Stadt Hamm: vierteljährlich, und zwar am 5. Februar, 7. Mai, 6. August und am 5. November.

Für Soest: einmal im Monat, und zwar in der Stadt Soest am 11. März, 17. Juni, 16. September und am 16. Dezember,
in Werl am 12. Februar, 14. Mai, 13. August und am 12. November,
in Wickede am 15. Januar, 16. April, 16. Juli und am 15. Oktober.

Für Unna: einmal im Monat in den verschiedenen Bezirken, jeweils in der letzten Woche des Monats: In Unna am 29. Januar, in Rünthe-Holzwickede am 25. Februar, in Kamen-Braam-Ost-Wennemar am 25. März, in Massen-Bergkamen am 30. April, in Fröndenberg-Werries am 28. Mai, in Rünthe-Pelkum am 25. Juni, in Holzwickede-Unna am 30. Juli, in Kamen-Braam-Ost-Wennemar am 27. August, in Massen-Werries am 24. September, in Rünthe am 29. Oktober, in Holzwickede-Fröndenberg am 26. November, in Massen-Bergkamen am 30. Dezember.

Für Iserlohn-Stadt: alle drei Monate, und zwar jedesmal am 1. Montag der Monate März, Juni, September und Dezember, also am 4. 3., 3. 6., 11. 9. und am 13. 12.

Für Iserlohn-Land: am 2. Freitag der geraden Monate für Hohenlimburg, Letmathe und Hemer, und zwar am 8. 2., 12. 4., 14. 6., 9. 8., 11. 10. und am 13. 12.

Für Hagen-Stadt: am 4. Donnerstag jeden Monats, und zwar am 24. 1., 28. 2., 28. 3., 25. 4., 23. 5., 27. 6., 25. 7., 22. 8., 26. 9., 24. 10., 28. 11. und am 20. 12. (in Abänderung für den 4. Donnerstag im Dezember wegen der Weihnachtszeit).

Für Altena: in den Orten Altena, Werdohl und Plettenberg, sowie in Meinerzhagen, Halver und Kierspe alle 3 Monate, und zwar am 4. und 9. Januar, 1. und 5. April, 1. und 5. Juli, 30. September und 4. Oktober.

Für den Ennepe-Ruhrkreis: in Schwelm-Gevelsberg je in Abständen von 3 Monaten, und zwar am 13. März, 12. Juni, 11. September und 11. Dezember,
in Hattingen-Winz, Wetter, Welper, Blankenstein, in Abständen von 4 Monaten, und zwar am 21. Februar, 20. Juni und 17. Oktober,
in Milspe-Voerde-Herdecke, Herbede in Abständen von 5 Monaten, und zwar am 27. Februar, 31. Juli und am 8. Dezember,
in Haßlinghausen, Breckerfeld, Sprockhövel in Abständen von 6 Monaten, und zwar am 9. April und 8. Oktober,
in Wengern und Volmarstein alle 6 Monate, und zwar am 7. März und am 9. September.

Für Lüdenscheid-Stadt: in jedem Monat am 3. Samstag, und zwar am 19. 1., 16. 2., 16. 3., 27. 4. (verlegt auf den 4. Samstag wegen Ostern), 18. 5., 15. 6., 20. 7., 17. 8., 21. 9., 19. 10., 16. 11. und am 21. 12.

Bei den festgesetzten Terminen handelt es sich im Ganzen um rund 100 Sprechtage im Jahr.

Mit der Durchführung des Außendienstes ist Ref., Oberarzt der Heilanstalt, betraut, der neuerdings bei der Fülle der zu erledigenden diesbezüglichen Arbeiten vom Abteilungsdienst weitgehend entlastet ist, durch die aber von ihm noch zu betreuende Krankenabteilung mit dem Anstaltsbetrieb verbunden bleibt. Für seine Fahrten steht ihm der Dienstkraftwagen der Anstalt, eine 6-Zylinder Adlerlimousine, nebst einem Fahrer zur Verfügung. An den Tagen, an denen der Arzt außenfürsorgerisch nicht unterwegs ist, ist er in den Anstaltsbetrieb eingeschaltet, gelegentlich der stattfindenden Ärztekonferenzen berichtet er jedesmal über seine Tätigkeit, seine Beobachtungen und Erfahrungen in den stattgehabten Außenterminen und trägt so seinerseits dazu bei, die notwendigen Beziehungen in psychiatrischer Hinsicht zwischen dem Geschehen der Außenwelt und der Abgeschlossenheit des Anstaltslebens herzustellen. Diesem Oberarzt als Hilfe beigeordnet ist eine als Fürsorgerin geprüfte, in Stenographie und Maschinenschreiben gewandte Oberpflegerin, deren Tätigkeit neben einigen ihr obliegenden Aufgaben innerhalb der Anstalt vornehmlich darin besteht, den Arzt bei der Wahrnehmung seiner Außentermine in jeder Weise zu unterstützen und vor allem das notwendige, immer umfangreichere Schreibwerk des Außendienstes bürogemäß zu erledigen. Denn der Schriftverkehr des Außenfürsorgearztes geht nicht durch den allgemeinen Geschäftsgang der Anstalt, sondern erfolgt gesondert, ohne daß seine Korrespondenz durch die Anstaltsleitung zensiert werden müßte. Diese weitgehende und verantwortungsvolle Selbständigkeit des Außenfürsorgearztes findet seine Bedeutung vor allem darin, daß die Bezeichnung »Beratungsstunde für Nerven- und Gemütsleidende« beim Publikum einen besseren Anklang findet als der Titel »Heilanstalt«, welcher niemals frei von einem gewissen Odium ist. Durch die Verselbständigung des Außendienstes wird im allgemeinen das Vertrauen des Publikums gefördert und den psychiatrischen Belangen besser erschlossen.

Nachdem *Kaldewey* in der Zeitschrift des N.S.D.Ä.B. »Ziel und Weg« die Stellung und Aufgabe der Heil- und Pflegeanstalten im neuen Reiche bereits erörtert hatte, stellen

Ast-Eglfing und *Faltlhauser*-Kaufbeuren in ihrem Aufsatz der Zeitschrift für psychische Hygiene (5. Heft, 7. Band 1934) bezüglich der Bedeutung der psychiatrischen Außenfürsorge folgende 4 Hauptpunkte zusammen:

1. Die Durchführung der eugenischen Aufgaben des nationalsozialistischen Staates und seine Gesetzgebung ist ohne die Mitwirkung des Außendienstes der Heil- und Pflegeanstalten nicht denkbar.
2. Der Außendienst der Heil- und Pflegeanstalten hat sich nach den vorliegenden, umfangreichen Erfahrungen als die Organisationsform erwiesen, die die Lösung dieser Aufgaben auf die wirksamste, rationellste und billigste Weise ermöglicht.
3. Der Außendienst der Heil- und Pflegeanstalten ist deshalb in der Ausführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens durch besondere Bestimmungen planmäßig in die neue Organisation einzubauen.
4. Den Trägern der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten muß in diesen besonderen Bestimmungen die allgemeine Angliederung eines

solchen Außendienstes an die Anstalten unter Bereitstellung der notwendigen Ärzte und Mittel vorgeschrieben werden.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Außenfürsorgearzt und den früheren Kreisärzten und Kommunalärzten, den zuständigen Wohlfahrtsbehörden, sowie den diesen unterstellten Fürsorgerinnen, heute Volkspflegerinnen genannt, wickelt sich in bester Weise ab. Die Amtsärzte stellen gerade schwierige Grenzfälle dem Psychiater zur Beurteilung vor und nehmen für gewöhnlich in interessierender Mitarbeit an den Beratungsstunden teil. Verschiedene Kreisärzte hatten nach Inkrafttreten des Gesetzes den Direktor der Heilanstalt und den Außenfürsorgearzt unter Hinzuziehung weiterer interessierter Kreise, z. B. praktischer Ärzte und Juristen, zu Aussprachen über das Sterilisierungsgesetz eingeladen. In den Besprechungen wurde darauf hingewiesen, daß schon früher den Amtsärzten ein gewisser Kreis erbkranker Personen bekanntgemacht wurde durch ein Verzeichnis der nicht in Anstalten untergebrachten Geistesschwachen, Geisteskranken und dergleichen gemäß Verfügung des Regierungspräsidenten vom 20. 11. 1913 (Tagebuch-Nr. 2777). Es wurde in der damaligen Besprechung vereinbart:

1. Die beim Amtsarzt bereits vorhandenen Verzeichnisse werden neben den eingehenden Anzeigen von seiten der Ärzte den Fürsorgestellen zur Sichtung weitergeleitet.
2. Die Fürsorgestellen ihrerseits wählen unter engster Beteiligung des psychiatrischen Außenfürsorgers die besonders dringlichen Fälle aus und verweisen sie an den Amtsarzt zurück.
3. Von den Fürsorgestellen sollen möglichst sogleich die unfruchtbar zu machenden Personen, bzw. deren gesetzliche Vertreter, veranlaßt werden, den Antrag selbst zu stellen.
4. Das Antragsformular für das Erbgesundheitsgericht wird in jedem Falle dem Amtsarzt zugestellt, gleichgültig, ob von dem Kranken oder seinem gesetzlichen Vertreter der Antrag gestellt worden ist.
5. Es erfolgt die Vorladung des gemeldeten Kranken durch den Amtsarzt, der gegebenenfalls zwangsweise Vorführung in die Wege leitet, wenn der betreffende Proband nicht freiwillig zur Untersuchung erscheinen will.

Die einmal erfaßten Fälle können so sicher dem Gesetz zugeführt werden; es handelt sich aber darum, alle Fälle zwecks einer Bestandsaufnahme überhaupt zu erfassen.

Hier eröffnet sich ein besonderes Aufgabengebiet für die zuständigen Volkspflegerinnen, da erfahrungsgemäß viele praktische Ärzte trotz ihrer gesetzlichen Verpflichtung sich allzusehr scheuen, Erbkranke anzuzeigen. Diese praktischen Ärzte denken nach wie vor allzu egoistisch und individualistisch, sie haben noch nicht begriffen, daß die Gesunderhaltung des Volkes über den Belangen des Einzelnen steht, daß ihre ärztliche Tätigkeit nicht nur Dienst am Privatpatienten, sondern in erster Linie Dienst an der Volksgesundheit ist. Es darf nicht sein, daß, wie Referent wiederholt beobachtete, die Arbeit des Außenfürsorgearztes durch eine passive Resistenz von seiten der praktischen Ärzte erschwert wird, indem diese dem Außenfürsorgearzt häufig nur ungern auf Anfragen über die in ihrer Behandlung befindlichen Kranken Auskunft geben, sogar ihren Patienten abraten, die Sprechstunden des Außenfürsorgers zu besuchen (!). So müssen vornehmlich die Volkspflegerinnen mit ihrer reichen soziologischen Erfahrung gewissermaßen als die Soldaten der amtlich bestellten Ärzte mit dem Gebrauch der Waffen vertraut sein, die der Bekämpfung der Erb-

krankheiten dienen. In dieser Erkenntnis wurden in allen Heilanstalten der Provinz Westfalen im Herbst vorigen Jahres mehrtägige Fortbildungskurse für Fürsorgerinnen veranstaltet, in zwei Abteilungen. In der Heilanstalt Eickelborn nahmen insgesamt 46 Fürsorgerinnen an diesen Kursen teil. Außerdem wurde ein Sonderkursus für die evangelische Wohlfahrtsschule Gelsenkirchen mit einer Teilnehmerzahl von 25 Schülerinnen abgehalten.

Ausgehend von dem Gesichtspunkte, daß die Volkspflegerinnen keine psychiatrisch-neurologische Diagnostik treiben können und sollen, vernachlässigte das Programm grundsätzlich jede spezielle und ins einzelne gehende Kenntnisvermittlung. Der Zweck wurde vielmehr darin gesehen, die Volkspflegerinnen anzuleiten, durch kunstgerechte Erfassung, Erkennung und aktenmäßige Vorbereitung psychiatrischer und neurologischer Erbkranker dem Arzt das notwendigste Material an die Hand zu geben. Das Programm legte sich bewußt Beschränkungen auf, wollte aber das Gegebene fest verankern, indem sich ganz allgemein die Ausbildung erstreckte auf:

1. Die allgemeinen Erscheinungen des krankhaften Seelenlebens und der Nervenerkrankungen (an Hand von Krankenvorstellungen).
2. Die Bedeutung der Vorgeschichte in Hinsicht
   a) der Familie (Erbgut),
   b) der Persönlichkeit und Charakteranlage, sowie deren
   c) Entwicklung,
   d) des eigentlichen Krankheitsgeschehens und ihre Erhebung (an Hand von Krankenvorstellungen).
3. Krankheitsbegriffe in der Psychiatrie.
4. Beziehungen zwischen abnormen seelischen Zuständen und antisozialen Handlungen (mit Besichtigung des Bewahrhauses der Heilanstalt Eickelborn sowie des Arbeitshauses und der Trinkerheilstätte Benninghausen).
5. Rassenfragen, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik im 3. Reich.
6. Aufgaben und Methoden der psychiatrischen Außenfürsorge mit besonderer Berücksichtigung des Schwachsinns (mit praktischer Bearbeitung des amtlichen Intelligenz-Fragebogens).
7. Evtl. Teilnahme an einer Sektion (Hinweis auf die Notwendigkeit der Aufklärungsarbeit durch die Fürsorgerinnen beim Publikum betreffs Bedeutung der Sektion; Zerstreuung der diesbezüglichen Bedenken, die weite Volkskreise dieser Maßnahme entgegenbringen; Belehrung, daß der Aufbau unseres Volkes nach erbbiologischen Grundsätzen eine genaue Kenntnis der Gesundheitsverhältnisse und Todesursachen der Vorfahren voraussetzt).

Die Bedeutung der Kurse hat *Kaldewey* in dem Januarheft des Jahrgangs 1935 der »Westfälischen Wohlfahrtspflege« näher dargelegt.

Den Teilnehmerinnen des Kurses wurde in der hiesigen Anstalt Gemeinschaftsunterbringung auf einer leeren Krankenabteilung mit Verpflegung zum Preise von insgesamt 2.— RM. pro Tag geboten. Die Kurse fanden von Freitag- bis Sonntagnachmittag statt. Innerhalb von 2 Tagen mußte also der Inhalt vorstehenden Programms Kursteilnehmerinnen vermittelt werden. Es hat sich gezeigt, daß die Kursteilnehmerinnen sehr eifrig und aufnahmefähig waren, zumal das Programm ihnen in jeder Weise entgegen kam. Später versicherten die Teilnehmerinnen voller Begeisterung, daß sie für die Bewältigung der ihnen erwachsenen neuen Aufgaben durch die Vorträge aufs beste geschult worden seien, eine Tatsache, die sich

Referenten auch in der Praxis hervorragend beweist. Ein Beisitzer eines Erbgesundheitsgerichtes erklärte Referenten anerkennend, daß das Gericht sich immer wieder über die ausgezeichneten Berichte der Volkspflegerinnen lobend ausspreche. Dabei ist zu bedenken, daß die Fürsorgerinnen durch die ihnen neu gestellten Aufgaben noch erheblich mehr mit Arbeit belastet sind als früher, und es verdient ganz besonderes Lob, wenn sie voll Eifer und Interesse an den völkischen Aufgaben aus eigenem Antriebe brauchbare Sippentafeln erbkranker Familien aufstellen und selbst die Gefahr nicht scheuen, sich durch die den Leuten oft lästige Fragerei unbeliebt zu machen, oder sich sogar Drohungen und anderen Unannehmlichkeiten aussetzen zu lassen. Einige Volkspflegerinnen befürchten allerdings, daß sie in ihrem sonstigen Wirkungskreis durch ihre Fahndungen nach erbbiologischen Minderwertigkeiten Einbuße am Vertrauen beim Publikum erleiden könnten, was sie aber in Erreichung ihres Zieles nicht abhalten läßt.

Daß der Außenfürsorgearzt, der in Ausübung seines Berufes mit allen Bevölkerungsklassen in Berührung kommt, und den der Weg vor allem zu den sozial schlechter gestellten Volksschichten führt, auf dem Boden der nationalsozialistischen Weltanschauung stehen muß, ist selbstverständlich schon deshalb, damit er treu dem Gesetz dienen und volksbiologische Propaganda treiben kann. Er hat die Volksgenossen neben ärztlicher Beratung in wirkungsvoller Kleinarbeit über die Bedeutung des Sterilisationsgesetzes zu belehren und schließlich auch für das 3. Reich zu gewinnen. Es bieten sich dabei zuweilen Gegebenheiten eindrucksvollster Art, nicht nur in erbbiologischer, sondern auch in soziologischer Hinsicht. Über die diesbezüglichen Beobachtungen soll im Rahmen vorliegender Arbeit ebenfalls einiges gesagt werden.

Grundsätzlich werden vom Außenfürsorgearzt die als erbkrank befundenen Personen auf die Notwendigkeit der pflichtgemäßen ärztlichen Anzeige hingewiesen, jedenfalls wird niemals ohne ihr Mitwissen gleichsam hinter ihrem Rücken gehandelt. Über die einzuleitenden ärztlichen Maßnahmen werden die Erbkranken so deutlich wie nötig und so schonend wie möglich aufgeklärt. Im allgemeinen hat sich gezeigt, daß das Sterilisationsgesetz beim Volk auf keinen allzu großen Widerstand stößt. Doch muß unser Volk viel intensiver zu erbbiologischem Denken erzogen werden. Manche Erbkranke, bzw. deren gesetzliche Vertreter, zeigten sich einsichtig genug, um den Antrag selber zu stellen. Ablehnung des Gesetzes aus liberalistischen und individualistischen Erwägungen heraus konnte in der Regel mit dem Hinweis überwunden werden, daß viele Hunderttausend von deutschen Volksgenossen im Kriege Blut und Leben zur Rettung des Volkes hingegeben hätten, daß die Kämpfer der Bewegung gleiche Opfer bei gleichen Zielen brachten, und daß demgegenüber der Eingriff, wie das Gesetz ihn fordere, kaum als ein allzu großes Opfer betrachtet werden könne. Auch hier gelte der Grundsatz: Gemeinnutz geht vor Eigennutz. Mit der Herausstellung dieser sittlichen Forderung konnten in der Regel auch religiöse Widerstände überbrückt werden. Doch entbehrte manche Beratungsstunde nicht eines tragischen Gepräges und man konnte in eindringlichster Wirklichkeit erleben, was ein Unger in seiner »Opferstunde« auf der Bühne dramatisch gestaltet hat. Taktvoll aber auch standhaft hat der Arzt dann seine Entschlüsse zu treffen.

Es soll hier nicht unerwähnt bleiben, daß es einzelne Unbelehrbare gab, die zu schmähen anfingen, sobald sie erfuhren, daß bei ihnen nach ärztlicher Überzeugung die Voraussetzungen des Gesetzes vorlagen. Sie ergingen sich in zornmütigen Äußerungen und erklärten z. B.: »Niemals liefere ich meine Tochter an das Messer«, »Lieber hänge ich mich auf, als daß ich mich operieren lasse« usw. Bei der Vorstellung eines schwachsinnigen Ehepaares meinte der Mann selbstherrlich: »Meine Frau können Sie sterilisieren lassen, ich lasse es mir keineswegs gefallen.« Ein Epileptiker, der von mir im Außentermin zwecks Sterilisation angezeigt wurde, hat später, als das Verfahren lief, Selbstmord verübt, indem er sich vor einen fahrenden Eisenbahnzug geworfen hatte. Daß aber das eingeleitete Verfahren ihn zum Selbstmord getrieben hätte, ist nicht anzunehmen, zumal der Kranke sich bei der ärztlichen Untersuchung gar nicht schwierig gezeigt hatte. Gelegentlich wurde auch von Untersuchten folgender Einwurf gemacht: »Die armen Leute müssen immer daran glauben, die reichen Leute können sich beim Privatarzt ein Attest nach Wunsch ausstellen lassen.« Überhaupt war die Meinung vertreten, daß in Sterilisationsangelegenheiten der Privatarzt besser mit sich reden lasse (!). Manche zur Vorstellung Geladenen wollten trotzig die gestellten Intelligenzfragen nicht beantworten, erklärten patzig, sie befänden sich nicht mehr in der Schule, die Angehörigen hätten ihnen verboten, auf die Fragen zu antworten. Hinter ihrer Weigerung wollten sie aber offensichtlich nur ihre Intelligenzmängel verbergen. Daß bei solchen Verhaltungsweisen die Volkspflegerinnen, welche für die Sprechstunden vorher die Vorgeschichten oder Intelligenzprüfungsbogen aufzunehmen sich eifrig bemühen, oft einen recht schwierigen Stand haben, muß zugegeben werden.

Gelegentlich häufiger Hausbesuche gewann der Außenfürsorgearzt oftmals erschütternde Einblicke. In schwerster Armut und Not hausen oder richtiger gesagt vegetieren auch heute noch deutsche Menschen in schmutzigstem Elend dahin. Diese Volksgenossen wissen in ihrer dumpfen Verzweiflung so gut wie nichts von den Geschehnissen der Welt, wissen kaum etwas von den Errungenschaften der nationalsozialistischen Revolution, können sich keine Zeitung halten, noch viel weniger sich etwa einen Radioapparat leisten. Gesprächsweise verachteten manche dieser Menschen jede Vorsicht und klagten, daß auch das Dritte Reich ihnen das Heil nicht gebracht habe. Oder es wurde mir mit Resignation von armen Leuten erklärt, daß sie kein Geld besäßen, um die Mitgliedsbeiträge zu bezahlen, die ihren Kindern den Eintritt in die HJ. und den erwachsenen Angehörigen den Beitritt zur Partei oder in die SA. hätten ermöglichen können. Wenn man bedenkt, daß die Bürgerlichen in ihrem satten Dasein noch eilig nach der Machtergreifung in hellen Scharen den Anschluß fanden, so verpflichtet das eindringlich die sozial bessergestellten Volksgenossen, in Opferbereitschaft für die Minderbemittelten einen Zuschuß zum Beitrittsgeld zu geben, wie solches in der Kampfzeit üblich war. Ich glaubte immer wieder, Kummer und Trauer in der Seele armer Kinder gelesen zu haben, weil sie, da ihnen mit dem fehlenden Mitgliedsbeitrag die Mitgliedschaft versagt ist, noch scheu beiseite stehen, während die Kinder sozial besser gestellter Kreise heute in stolzer Uniform und mit froher Begeisterung dahermarschieren! Soziales Handeln ist höchste nationale Pflicht. Die Nationalsozialistische Regierung weist immer wieder

auf die noch bestehenden seelischen und leiblichen Nöte vieler Volksgenossen hin und will alle zu einer wahren Solidarität zusammenschweißen.

Kein ehrlicher Deutscher soll im heutigen Staate das Gefühl haben, ein Volksgenosse zweiter Klasse zu sein, auch der Erbkranke darf nicht ohne weiteres zu einem solchen gestempelt werden und seines Schicksals wegen verachtet sein. Wenn er sozial brauchbar und guten Willens ist, gilt ihm das Wort des Führers, daß es von einem Adel höchster Gesinnung und bewundernswertester Menschlichkeit zeuge, wenn der unschuldig Kranke, unter Verzicht auf ein eigenes Kind, seine Liebe und Zärtlichkeit einem unbekannten, armen, jungen Sprossen seines Volkstums schenkt, der in seiner Gesundheit verspricht, dereinst ein kraftvolles Glied einer kraftvollen Gemeinschaft zu werden. — So kann auch der sterilisierte Erbkranke noch wertvollste Aufgaben erfüllen und hat Anspruch auf Schutz durch den Staat.

Schwierig ist es wohl, solange ein Teil gesunder Kräfte und arbeitsfähiger Kriegsverletzter noch arbeitslos ist, z. B. einen gebesserten Schizophrenen in einer Arbeitsstelle unterzubringen; aber mit der Beschaffung von Arbeit wäre ihm nicht nur Brot, sondern zugleich auch die zu seiner Heilung beste Medizin, nämlich die nötige Beschäftigungstherapie gegeben. Das sollten die Arbeitsämter m. E. gewissenhafter berücksichtigen und diese arbeitswilligen Menschen nicht abweisend behandeln, nur weil sie mal in einer Heilanstalt waren. Der gesunde Arbeitswillige findet sowieso viel leichter Beschäftigung. Und doch wurde mir von einem Erbhofbauern, dessen Knecht zwecks Sterilisation von mir untersucht werden mußte, bitter Klage geführt, daß er, obschon vier Arbeitsplätze auf seinem Hofe vakant seien, keine Arbeitskräfte bekommen könne, da angeblich die Erbgesunden lieber ihre Unterstützung durch die NSV. und das WHW. bezögen und faulenzten, als daß sie arbeiteten. Dabei bezahle er gute Löhne, und selbst Vorstellungen beim zuständigen Arbeitsamt wären erfolglos geblieben. Bei derartigen Klagen ist natürlich scharf zu prüfen, inwieweit wirklich freimütige Herausstellung vorliegender Übelstände in Frage kommt, und wo Miesmacherei und Meckerei anfängt. Jın vorliegenden Falle handelt es sich aber um einen ernst zu nehmenden, m. E. ehrlich denkenden Erbhofbauern. So muß dieser sich allein mit seinem schwachsinnigen, aber arbeitswilligen und brauchbaren Knecht durchhelfen. Andererseits ist es tief bedauerlich, daß von den Arbeitsämtern unbedenklich schwachsinnige Mädchen weit weg in die Landhilfe verschickt wurden, um angeschwängert oder geschlechtskrank zurückzukommen. Einige der geschlechtskranken Mädchen konnten nachträglich durch den Außenfürsorgearzt der Sterilisation zugeführt werden. Vor der Verschickung der Mädchen hätten m. E. geeignete Vertreterinnen der N.S.-Frauenschaft gehört werden müssen. In Erfüllung sozialer Aufgaben muß man sich aber vor dem alten Fehler der Systemzeit hüten. Es darf nicht vorkommen, daß die N.S.-Frauenschaft aus törichtem, falschem Mitleid heraus wieder Neurosen aufzüchtet, wie Referent wiederholt feststellen konnte; es ist aber andererseits auch keineswegs in der Ordnung, wenn armselige Kinder, ohne daß diese geistig defekt erschienen, hilflos dem Schmutz und Elend überlassen werden mit der Erklärung von seiten der Frauenschaft, daß ja die Familie erbbiologisch minderwertig sei, weil der Vater seine Unterstützung vertrinke. Hier mußte erst der Außenfürsorgearzt dem Übel zu

Leibe rücken. Dieser regte schriftlich bei der zuständigen Behörde die Entmündigung des Mannes wegen Trunksucht an, damit ihm das Erziehungsrecht der Kinder entzogen würde und letztere in geeigneten Familien untergebracht werden könnten. Weiter sollte mit diesem Schritt erzielt werden, daß der zu ernennende Vormund einen Antrag auf Sterilisierung des Mannes wegen schweren Alkoholismus stelle.

Unter den Erbkrankheiten sieht der Außenfürsorgearzt am häufigsten den angeborenen Schwachsinn und in erster Linie bei den sozial schlecht gestellten Schichten. Brehm (Arch. Rassenbiol. 25, 1931) will sozialbiologische Zusammenhänge zwischen Intelligenz und Milieu aufdecken und behauptet, daß die sozial höhere Schicht biologisch und daher auch psychologisch höherwertig sei, weil sie den eigenen Kindern zu Hause ein höheres Bildungsniveau gewähren könne. Mit der Zugehörigkeit zu einer jeweils höheren Schicht solle im Durchschnitt die Intelligenz wachsen. Diese Auffassung berücksichtigt aber nicht den wichtigen Umstand, daß ein Vertreter der unteren sozialen Schicht bei persönlicher Befähigung zwangsläufig zur höheren Schicht aufrückt und bei seiner errungenen sozialen Besserstellung doch schließlich nur wieder seine Tüchtigkeit auf Kinder mit dann allerdings nebenherlaufender günstigerer Geburtskonstellation vererbt. Übrigens wäre es sehr interessant, statistisch festzustellen, wieviel Prozent der Sterilisierten aus sozial besser gestellten Kreisen stammen. Jedenfalls soll es so gut wie gar nicht vorgekommen sein, daß jemand sich, um nicht sterilisiert zu werden, auf eigene Kosten freiwillig in einer Anstalt internieren ließ. Tatsache ist, daß der angeborene Schwachsinn in den meisten Fällen vererbt ist, indem der kranke Erbstrom die ganze Sippe durchzieht. Eindrucksvoll waren die Reihenuntersuchungen der aus der Hilfsschule zur Entlassung kommenden Kinder zwecks Prüfung auf ihre Berufsfähigkeit oder die Vorstellung der Kinder, die von der Volksschule in die Hilfsschule umgeschult werden sollten. Zu dieser Untersuchung waren regelmäßig die betreffenden Lehrpersonen mit erschienen, die dem Arzt unter Vorlage der Schulakten noch besonders wertvolle Angaben und Fingerzeige betreffs der ganzen Sippe der Hilfsschüler geben konnten. Der erwiesene Schwachsinn der Angehörigen konnte dann sofort mit erfaßt werden.

Nachprüfung auf Gewährung von Ehestandsdarlehen deckten zuweilen erst das Vorliegen von Erbkrankheiten der Darlehnsbewerber auf. Diesbezügliche Erfahrungen zeigen, wie wichtig bei der Umwandlung der Standesämter in Sippenämter die Persönlichkeit der Sippenbeamten sein wird. Der Sippenbeamte muß die Befugnis haben, eine Ehe nicht zu schließen, wenn er vor sich erbuntüchtige und vor allen Dingen schwachsinnige Menschen sieht. Überhaupt soll in Zukunft kein Volksgenosse mehr ohne die erforderlichen sippenmäßigen Unterlagen heiraten dürfen. Die Aufgabe des psychiatrischen Außenfürsorgearztes ist es, als Mitarbeiter der Gesundheitsämter für die Erbarchive und Erbkarteien die Unterlagen zu liefern, wie sie sich schon jetzt in den Blättern seiner Außenfürsorgeakten mächtig angesammelt haben.

In der Eröffnungsrede zur Ausstellung »Wunder des Lebens« hat es Reichsminister Dr. Frick am 23. März d. J. bereits gesagt, daß die Vorlage und der Austausch von Ehegesundheitszeugnissen vor der Eheschließung in Aussicht genommen werden müsse, daß in jedem Stadt- und Landkreise Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege erstehen und nach Möglichkeit

mit wissenschaftlich und weltanschaulich geeigneten Ärzten zu besetzen seien, die von jedem zunächst freiwillig in Anspruch genommen werden könnten. Es würde aber eine gesetzliche Regelung des Austausches von Ehezeugnissen folgen, damit Personen, die an Geistesschwäche, schweren Erbleiden oder ansteckenden Krankheiten litten, auch tatsächlich von der Heirat abgehalten werden könnten.

Ministerialdirektor im Reichsinnenminissterium Dr. Gütt hat kürzlich auf der ersten Tagung der Wissenschaftlichen Gesellschaft der Deutschen Ärzte seinerseits wichtige Hinweise auf die Fortentwicklung der Eheberatung und rassenhygienischen Erziehung gegeben. So sagte er u. a., daß, wenn auch ausjätende Maßnahmen zur Zeit im Vordergrunde ständen, doch alle Vorbereitungen zu treffen seien, um in den Mittelpunkt volksbiologischer Arbeit die zielbewußte Eheberatung und rassenhygienische Erziehung treten zu lassen. Die Tätigkeit der Eheberatungsstellen dürfe sich nicht auf die Beratung der zur Heirat entschlossenen Personen beschränken, sondern sie würde auch den Ehepartnern und Familien mit ihrem Rat zur Seite stehen müssen. Die Inanspruchnahme der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege solle zunächst eine freiwillige sein, so daß man es bei diesen Abteilungen der Gesundheitsämter mit Menschen zu tun haben werde, die bei der Beschaffung der Unterlagen bereitwillig mitwirken werden. Dadurch würde insbesondere erreicht, daß die Gesundheitsämter Erfahrungen sammeln und die erbbiologische Kartei vervollständigen können, um gerüstet zu sein, wenn in absehbarer Zeit der Austausch von Ehezeugnissen gesetzlich geregelt würde. Die Vergangenheit habe gelehrt, daß es ohne einen gesetzlichen Zwang nicht gehe, daß der Staat also vor der gesetzlich zulässigen Eheschließung die Beibringung von Ehezeugnissen werde verlangen müssen. Ziel dieser Untersuchungen und Zeugnisse werde sein, körperlich und seelisch Untaugliche von der Ehe fern zu halten, die Eheschließung zwischen Erbgesunden und Erbkranken unmöglich zu machen, die zwischen Sterilisierten untereinander aber zuzulassen und das Verantwortungsbewußtsein der kommenden Generation gegenüber allgemein zu wecken.

Hat eine Eheschließung zwischen Sterilisierten denn überhaupt einen Sinn? Wenngleich eine solche Heirat nicht den eigentlichen Zweck der Ehe erfüllt, so ist sie aber auch im Hinblick auf das zitierte Führerwort nicht ohne weiteres dann sinnlos, wenn die Partner sozial brauchbar sind. Ein praktischer Fall möge das beweisen: In der Sprechstunde stellte sich eine junge Frau vor, die erst standesamtlich getraut war und deren kirchliche Trauung in Kürze bevorstand. Es sollte geprüft werden, ob die Voraussetzungen für die Gewährung eines Ehestandsdarlehens gegeben waren. Es ergab sich bei eingehender Prüfung, daß ein intellektueller Schwachsinn bei ihr vorlag und eine erbliche Belastung sich insofern ergab, als nicht nur sie selbst wiederholt, sondern auch drei ihrer Geschwister in der Schule sitzen geblieben waren. Sozial war diese junge Frau erwiesenermaßen sehr brauchbar, hatte als tüchtige Fabrikarbeiterin durch ihrer Hände Arbeit ihre ganze Familie in Zeiten der Not ernährt, nicht an sich selbst gedacht und keine Ersparnisse für sich erübrigen können, so daß sie deshalb ein Ehestandsdarlehen besonders gut hätte gebrauchen können. Als verheiratete Frau konnte sie aber jetzt keine Stellung mehr finden und zu ihrer Einrichtung selbst nicht beisteuern. Diese Frau mußte zwar in erbbiologischer

Hinsicht sicher als untüchtig bezeichnet werden, die Gewährung des Ehestandsdarlehens konnte nach den geltenden Bestimmungen keinesfalls erstattet werden. Persönlich war diese Frau aber zweifellos in der Lage, eine tüchtige Wirtschafterin zu sein, so daß sie in ihrer Verheiratung den Zweck erfüllt, ihrem Manne, bei dem auch erbliche Belastung vorlag, eine ordentliche Häuslichkeit zu bieten.

Übrigens hat das zuständige Erbgesundheitsgericht die Unfruchtbarmachung des geschilderten Falles abgelehnt, weil nach den Ermittlungen des Gerichtes Schwachsinn nicht vorläge (!). Doch hat der zuständige Amtsarzt gegen diesen Beschluß Beschwerde eingelegt, das Verfahren läuft noch.

Es ist bedauerlich und trägt zur Verwässerung des Sterilisationsgesetzes bei, wenn, wie ein ärztlicher Beisitzer eines Erbgesundheitsgerichtes Referenten erzählte, anscheinend eine stets steigende »Milderung« in der Auffassung der Erbgesundheitsgerichte bei ihren Unfruchtbarmachungsbeschlüssen Platz greift. Diese »Milde« ist oft weiter nichts als die Verkennung der Tatsache, daß zur Sterilisation weder eine »leichte« noch »schwere« Gradausprägung des Erbleidens maßgebend ist, sondern das Bestehen des Erbleidens an sich, lediglich die medizinisch einwandfrei gestellte Diagnose, eine Auffassung, wie sie von *Gütt*, *Rüdin* und *Ruttke* mit Recht vertreten wird. Ein Reichserbgesundheitsgericht müßte m. E. über alle Beschlüsse wachen und die aufsichtführende Instanz sein, richtunggebend die große Linie wahren. Je »milder« ein Sterilisationsverfahren gehandhabt wird, um so leichtfertiger glauben sich dann praktische Ärzte berechtigt, aus »eugenischen« Gründen Schwangerschaftsunterbrechungen bei solchen Frauen machen zu dürfen, die besser von vornherein sterilisiert worden wären. Auch solche Fälle sind Referenten wiederholt bekannt geworden.

Das Sterilisationsgesetz ist in seiner heutigen Fassung erst ein Anfang und kann mit seinen enggezogenen Grenzen nicht streng genug durchgeführt werden. Auf einige Lücken des Gesetzes, die sich Referenten in der Außenpraxis besonders auffällig erwiesen, sei im folgenden aufmerksam gemacht: Genügend bekannt ist ja, daß asoziale Psychopathen (mit Ausnahme der Alkoholisten) trotz ihrer minderwertigen Erbmasse leider nicht unfruchtbar gemacht werden können, wenn nicht ein intellektueller Schwachsinn hinzukommt. Aus der Fülle der Einzelbeobachtungen, die weitere Lücken des Gesetzes deutlich zeigen, seien nur wenige Beispiele genannt:

Ein geistig und körperlich durchaus intaktes Ehepaar wünschte in der Beratungsstunde für sich selbst die Einleitung eines Sterilisationsverfahrens, weil seine sämtlichen Kinder, drei an der Zahl, die zur Vorstellung mitgebracht waren, an angeborenem Schwachsinn erheblichen Grades litten. Die Eltern fürchteten, daß weitere Kinder ebenfalls schwachsinnig werden könnten. Dem Wunsche auf Unfruchtbarmachung der Eltern fehlten jedoch die gesetzlichen Vorbedingungen, da sie selber nicht erscheinungsbildlich krank waren. Ob es sich im vorliegenden Falle etwa um eine sogenannte Keimfeindschaft (!) zwischen den beiden Eltern handelt, da erbliche Ursachen für den angeborenen Schwachsinn nicht zu ermitteln waren, will ich dahin gestellt sein lassen, obgleich die Annahme beiderseits vorhandener recessiver Anlagen doch wohl näherliegen dürfte.

Eine Mutter führte ihre zwei verschieden-alterigen schwachsinnigen Kinder, welche beide echte Albinos mit durchsichtiger Iris und rotleuchtenden Augen waren, vor. Die Frau war mit einem Vetter verheiratet. Beide Teile waren erscheinungsbildlich nicht krank, erbliche Belastung war nicht weiter nachweisbar, insbesondere über eine Albinismusanlage in der Familie nichts bekannt. Die gesetzliche Erlaubnis für eine Unfruchtbarmachung der Eltern war nicht gegeben, obschon dieselben mit einer Sterilisation einverstanden gewesen wären, weil sie bei weiteren Kindern eine gleiche erbliche Belastung befürchteten.

Bei einem Hausbesuche wurden zwei verschieden alterige Geschwister vorgestellt, die an amaurotischer Idiotie litten, ohne daß deren Eltern erscheinungsbildlich krank waren.

Vom biologischen Standpunkt aus ist es schade, daß tuberkulöse Eltern, die schon eine ganze Reihe tuberkulöser, schwer siecher Kinder haben und immer neue Kinder in die Welt setzen, nicht dem Sterilisationsgesetz zugeführt werden können. Diese Familien bedeuten erfahrungsgemäß neben Gefährdung der Volksgesundheit eine ganz besondere Belastung der öffentlichen Fürsorge und doch kann weiter nichts geschehen, als daß man den Eltern rät, daß sie keine Kinder mehr bekommen dürfen.

Erschütternd waren die Fälle von Erblues, die Referent in den Sprechstunden sah; bedauerlich ist es, daß solche Eltern, die nachweisbar ihr Leiden auf die Kinder vererbt haben, nicht unfruchtbar gemacht werden können, zumal, wenn schon wiederholte Fehlgeburten vorkamen.

Vom erbbiologischen Standpunkte waren ebenso interessant, wie in soziologischer Hinsicht traurig zwei zur Vorstellung gebrachte Nachkommen naher Blutsverwandter. Ein jetzt sechsjähriges Kind entstammte einem Geschlechtsverkehr zwischen Bruder und Schwester und ein jetzt 20 jähriger Junge war aus einem Geschlechtsverkehr zwischen Vater und Tochter hervorgegangen. In beiden Fällen lag bei den blutsverwandten Eltern schon schwerste erbliche Belastung vor, die sich in den Früchten in jammervollster Weise potenziert hatte.

Schwierig zeigt sich in der Beratungsstunde die Feststellung, ob eine zweifellos echte Epilepsie erblich ist oder eine exogene Ursache hat. Man wundert sich, wenn in dem bekannten Handbuch von Bumke aus dem Jahre 1930 im Kapitel von *Hans W. Gruhle* zu lesen steht: »Die genuine Epilepsie galt früher als eine exquisite Erbkrankheit. In dieser vorgefaßten Meinung lag es begründet, daß man eifrig nach der Erbregel forschte, die hier herrschte... Man hört nicht selten Sätze, wie den von *Snell* (1921), es lasse sich immerhin mit Sicherheit sagen, daß die genuine Epilepsie auf erblicher Grundlage entstehe. Im Gegenteil, diese Sicherheit ist heute, da sich die sogenannte genuine Epilepsie immer mehr auflöst, sehr zweifelhaft geworden.« (!) — Das Gesetz stellt aber heute den Begriff der »erblichen Fallsucht« auf und man muß sich zu einer klaren Diagnose im Sinne des Gesetzes entscheiden. Die angeblichen äußeren Entstehungsursachen der Epilepsie sind häufig belanglos oder nicht ohne weiteres nachprüfbar, und nur eingehende Erforschung der Vorgeschichte, genaueste weitere Beobachtung in der Außenfürsorge, Rückfrage bei behandelnden Ärzten und bei Krankenhäusern, Anforderung früherer Gutachten und manchmal nur besondere Anstaltsbeobachtung können dann die

nähere Diagnose sichern. Irrtümer lassen sich aber nie ganz vermeiden. Lehrreich sind immer wieder Sektionen; z. B. hat sich gezeigt, daß die in der Anstalt Eickelborn in jedem Fall durchgeführten Leichenöffnungen verstorbener Anstaltsinsassen zuweilen Fehldiagnosen bei rein klinisch gestellten »genuinen« Epilepsien aufdeckten, wie ja auch Röntgenbilder des Schädels bei als »genuin« geltenden Epilepsien eine exogene Ursache der Epilepsie häufig erkennen lassen. Die Epilepsie bleibt eine schwierige Angelegenheit. Man hält sich am besten an den Grundsatz, daß eine Fallsucht als erblich anzusehen ist, wenn der Nachweis einer äußeren Ursache nicht erbracht ist. Im Zusammenhang mit der Erörterung über Epilepsie möge hier eine nette Beobachtung eingeschaltet werden:

Referent hatte einen 33jährigen, bereits schwer verblödeten Epileptiker zu untersuchen, der an gehäuften Krampfanfällen litt und zur Sprechstunde nicht erscheinen konnte. Bei einem Hausbesuch zeigte sich, daß der Kranke von seinen alten Eltern aufs rührendste betreut wurde. Der 70jährige Vater erzählte, daß ihr Hündchen ihnen die Aufsicht über den Kranken sehr erleichtere. Gelegentlich eines früheren Krampfanfalles sei der Kranke mal im Hinstürzen auf den Hund gefallen, seitdem merke dieser ahnungsvoll die allerersten Anzeichen eines beginnenden Krampfanfalles des Kranken und finge sofort zu bellen an, so daß man noch eiligst hinzuspringen könne, um den Kranken vor dem Stürzen rechtzeitig aufzufangen und ihn vor Verletzungen zu bewahren!

Schwer ist die Frage zu entscheiden, ob wirklich eine echte Schizophrenie vorliegt, wenn der Proband nur einmal wegen eines sogenannten Schubes in Anstaltsbehandlung gewesen war, im Laufe der Jahre aber nichts Psychotisches mehr geboten hat und erbliche Belastung nicht nachweisbar ist. Der Verdacht, daß es sich in einem solchen Falle trotz gestellter Diagnose nicht um eine Prozeßpsychose gehandelt hat, ist in katamnestischer Hinsicht durchaus begründet.

Material für die interessante Zwillingsvorstellung ergab sich trotz der zahlreichen Krankenvorstellungen nicht.

Der ursprüngliche Aufgabenkreis der nachgehenden Außenfürsorge wird bei den neuen Aufgaben des Außendienstes durchaus nicht vergessen. Der Außenfürsorgearzt hat in den Sprechstunden auf Ersuchen von Behörden fachärztliche Befunde zu geben, durch Nachuntersuchungen Entscheidungen über zu prüfende Anstaltspflegebedürftigkeit zu treffen und sich über etwaige sogenannte Gemeingefährlichkeit zu äußern und schließlich in vorläufig noch begrenztem Umfange Eheberatung zu treiben. Bei seinem Einblick in die soziologischen Verhältnisse findet er immer wieder Gelegenheit, häusliche oder familiäre Konflikte beizulegen, zu belehren und zu vermahnen, er hat nicht nur Fürsorge, sondern, was viel wichtiger ist, Vorsorge zu treffen.

Die Zahl der seit Beginn der Außenfürsorge im hiesigen Bezirk überhaupt aktenmäßig erfaßten Personen beläuft sich auf 2719. Im verflossenen Jahre wurden durchschnittlich an einem Sprechtage 17 Personen untersucht und diesbezügliche Befunde im Krankenblatt notiert. An 43 Sprechtagen wurden insgesamt 710 Vorstellungen ärztlich erledigt. Wenn man Wiederholungsvorstellungen nicht einberechnet, so handelt es sich um 654 ärztlich betreute Personen: Es waren 234 verheiratete, 405 ledige (in dieser Zahl sind 126 Jugendliche unter 14 Jahren einbegriffen), 9

verwitwete, 6 geschiedene, 314 männliche und 340 weibliche Untersuchte; von den vorgestellten Personen waren 261 früher in Anstaltsbehandlung gewesen. Gelegentlich der Außenfürsorgetermine wurden 60 Hausbesuche gemacht bei solchen Kranken, die wegen körperlicher oder geistiger Gebrechlichkeit die Sprechstunde aufzusuchen nicht im Stande waren. Solche Personen, die aus schlechten Willen trotz Vorladung zur Sprechstunde nicht erschienen, etwa um das Gesetz zu umgehen, wurden grundsätzlich nicht besucht, sondern zwecks weiterer Erfassung und evtl. polizeilicher Vorführung dem zuständigen Amtsarzt kurz gemeldet, wenn sie aktenmäßig verdächtig waren, erbkrank zu sein.

Durch den Außenfürsorgearzt wurden im Durchschnitt an jedem Sprechtage auf Grund eigener Untersuchung zwecks Sterilisation 5 Erbkranke angezeigt, im ganzen 226 Probanden, unter denen nach Belehrung 22, bzw. deren gesetzlicher Vertreter, den Antrag auf Sterilisation selber stellten. Ein Hinweis auf etwaige Vordringlichkeit der Sterilisation wurde auf den Anzeigeformularen jedesmal vermerkt, ebenfalls, ob der Proband als geschäftsunfähig anzusehen war. Solche Vermerke erleichtern dem Amtsarzt sehr die zu treffende Auswahl zwecks Erledigung der einlaufenden Anzeigen.

Angezeigt wurden wegen:

angeborenen Schwachsinns	147=65%
Schizophrenie	29=14%
zirkulären (man.-depress.) Irreseins	3= 1%
erblicher Fallsucht	45=20%
erblichen Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)	1
schweren Alkoholismus	1

Der einwandfreie Nachweis erblicher Belastung zur Zeit der Anzeige lag beim angeborenen Schwachsinn in 64 Fällen vor, der unsichere Nachweis war in 10 Fällen erbracht, 73mal war eine Erblichkeit nicht nachweisbar. Unter »einwandfreiem« Nachweis soll verstanden sein, daß objektiv sichere Unterlagen für eine Erblichkeit vorliegen, während der »unsichere« Nachweis besagt, daß laut Vorgeschichte irgend ein nicht näher nachprüfbares Vorkommnis in der Familie als Belastung aufgefaßt werden kann.

Bezüglich der Schizophrenie war erbliche Belastung bei 15 Probanden einwandfrei nachweisbar, in den übrigen 14 Fällen war der Nachweis einer Belastung nicht erbracht.

Bei den drei Manisch-Depressiven ergab sich in einem Falle der sichere Nachweis erblicher Belastung, bei den übrigen zwei konnte der diesbezügliche Nachweis zur Zeit der Anzeige nicht geführt werden.

Bezüglich der erblichen Fallsucht konnte der Nachweis erblicher Belastung in 15 Fällen als sicher vorliegend gelten, bei weiteren 4 Fällen war er unsicher, bei 26 nicht vorhanden.

Die Sprechstunden des hiesigen Außenfürsorgedienstes finden in der Zeit von 9—18 Uhr statt mit einer notwendig einzulegenden 2stündigen Mittagspause. In der Regel muß die Abfahrt von Eickelborn in den weitausgedehnten Fürsorgebezirk schon früh um 7 Uhr erfolgen, damit die Sprechstunden rechtzeitig beginnen können. Diese ziehen sich gewöhnlich noch in die Mittagspause hinein und nachmittags über 18 Uhr hinaus, so daß die Abhaltung eines Außentermins mit seinen verantwortungsvollen Aufgaben sehr anstrengend ist. Meist ist man während des Außentermins dienstlich mehr als 12 Stunden unterwegs.

In Erledigung des Außendienstes wurden im 1. Vierteljahr 1090, im 2. Vierteljahr 1593, im 3. Vierteljahr 1541 und im letzten Vierteljahr 2284 km gefahren, das sind insgesamt 6508 km während des Jahres, bei 43 Terminen 151 km an einem Sprechtage. Es wurden verbraucht insgesamt 1105 Liter Benzin und 90 Liter Öl. An Reisekosten erhielten der Arzt, die ihn begleitende Oberpflegerin und der Kraftwagenführer zusammen rund 600,— RM. Für die Inanspruchnahme des Autos durch den Außendienst zahlte der Landesfürsorgeverband an die hiesige Anstaltskasse pro Kilometer anfangs 20 Rpf., später 18 Rpf. Entschädigung. An Auslagen für den Außendienst wäre noch hinzuzufügen ein entsprechender Teilbetrag der Gehälter von Arzt, Oberpflegerin und Fahrer, soweit deren Arbeitsleistung durch die Außenfürsorge dem Anstaltsdienst entzogen wird.

Der Außendienst verursacht unvermeidbare Kosten und reichlich Arbeit, macht sich aber bezahlt im Erfolg seines Ringens um die bevölkerungspolitischen und rassehygienischen Ziele, die uns der Führer gesteckt hat.

(Aus der Nervenabteilung des Landeskrankenhauses Homburg/Saar.)

Über Lipombildung am Gehirn und Rückenmark *).

Von

Georg Eckart.

(Mit 6 Abbildungen auf 3 Tafeln.)

Die Literatur der letzten 50 Jahre kennt wenige Fälle von Lipomen am Zentralnervensystem. Es muß vorweggenommen werden, daß es sich bei den bisher beschriebenen Fällen nicht um Lipome der Gehirnsubstanz selbst handelt, sondern vielmehr um Lipome, die von den weichen Hirnhäuten ausgehen.

So veröffentlichte *Bostroem* eine Arbeit über eigene Beobachtungen und 19 andere Fälle von Lipomen am Gehirn, die stets nur von den weichen Häuten ausgingen und besonders mit der Pia in enge Beziehung traten.

An dem gesamtem *Bostroem*'schen Material, bei dem zunächst die Lipome der Gehirnsubstanz zugehörig erschienen, konnte bei genauer Nachprüfung eine Verdrängung des Gehirns durch den Tumor nachgewiesen werden.

Das Lipom am Zentralnervensystem wird aber als große Seltenheit angesehen.

Bekanntlich verlaufen Lipome wegen ihres meist geringen Volumens und infolge ihrer weichen Konsistenz größtenteils symptomlos. Sie werden deshalb häufig nur als Neben- oft sogar Zufallsbefunde bei der Obduktion entdeckt, sofern nicht ein Lipom von besonderer pathologisch-anatomischer Struktur (Lipoma durum; *Bruns*. Myolipm usw.) vorliegt, welches die bei anderen Tumoren auftretenden Erscheinungen des Hirndrucks, der Kompressionsmerkmale und herdförmiger Ausfallssymptome bieten kann.

Von der Prosektur der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in Eglfing bei München (Dr. *Neubürger*) wurden im Zusammenhang mit zwei besonderen hier beobachteten ähnlichen Krankheitsbildern sechs Fälle von Lipomen am Zentralnervensystem zur Veröffentlichung zur Verfügung gestellt, die alle in der verhältnismäßig kurzen Zeit seit 1931 zur Beobachtung kamen.

---

*) Dissertation, angenommen von der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

Von diesen sind vier Fälle wegen ihrer Symptomatologie besonders bemerkenswert, deren Krankengeschichte im Folgenden erörtert werden soll.

Fall I beobachtet und behandelt in der Nervenabteilung des Landeskrankenhauses Homburg/Saar.

Anamnese: A. G., 32jährige Patientin. In der Familie keine erblichen Nerven- und Geisteskrankheiten. Die Patientin selbst hat sich normal entwickelt. Kinderkrankheiten sind nicht bekannt; sie war im Laufe der Entwicklungsjahre immer gesund. Heirat mit 19 Jahren. Zwei lebende, gesunde Kinder. 1924 Fehlgeburt im vierten Monat. 1928 normale Geburt; doch starb dieses Kind mit Ausschlag am Kopf an Ernährungsstörungen. 1924 Gallensteinoperation. Sonst war sie nie ernstlich erkrankt.

Am neunten Tage nach der vorletzten Geburt (1928) bekam die Patientin Schüttelfrost und mußte drei Tage im Bett liegen. Seither dauernd kränkelnd und immer müde. Im Gefolge traten Schmerzen im Genick auf, die zeitweise sehr heftig wurden. Diese erstreckten sich über die beiden Schultern und strahlten bisweilen in die Arme aus. Im weiteren Verlauf der Erkrankung konnte sie den Kopf nicht mehr frei bewegen; dazu kamen quälende Schlafstörungen, die im Laufe eines Jahres zur Entwicklung kamen und auch in schmerzfreien Intervallen vorhanden waren. Neben den Schmerzen im Genick klagte sie über häufige Kopfschmerzen, sodaß die Patientin ihrer Hausarbeit nicht mehr nachgehen konnte und rasch ermüdete.

Auf die letzte (vierte) Geburt im Jahre 1931 folgte eine rapide Verschlechterung des Zustandes. Schon beim leisen Auftreten verspürte sie Schmerzen im Genick; die Schmerzen und Schwäche im rechten Arm nahmen zu. Schließlich konnte sie den rechten Arm nicht mehr hochheben. Gleichzeitig zeigten sich ähnliche Erscheinungen im rechten Bein. Anschließend traten auf der linken Seite Lähmungserscheinungen auf. Dazu kamen Miktionsstörungen und Sensibilitätsausfälle im Sinne von Ameisenlaufen und taubem Gefühl; ferner fibrilläre Zuckungen im Bereich der Extremitäten. —

Im Juli 1932 verließ die Patientin zum letztenmal das Bett. Von diesem Zeitpunkt an konnte sie sich überhaupt nicht mehr aufrichten, konnte nicht mehr allein essen und sich nicht selbst anziehen. Auch glaubte die Patientin damals bemerkt zu haben, daß sie schlechter sprechen konnte.

Deshalb wurde sie am 8. 12. 1932 ins Krankenhaus aufgenommen, nachdem sie bereits im dritten Schwangerschaftsmonat vom 15. 5. bis 8. 6. 1931 im Bürgerhospital in Saarbrücken behandelt worden war. Dort konnte mangels ausgesprochener neurologischer Symptome keine exakte Diagnose gestellt werden. Es wurden lediglich sehr lebhafte Reflexe und angedeutete Fußkloni festgestellt. Auch röntgenologisch konnte trotz Nachkontrolle kein pathologischer Befund erhoben werden, der auf Veränderungen der Wirbelsäule oder des Rückenmarks hätte schließen lassen können. Der Liquor cerebrospinalis (Lumbalpunktion) ergab folgenden Befund: 146/3 Zellen.

Pandy ++, Nonne +. Xanthochromie. Wassermann negativ. —

Körperlicher Zustand bei der Aufnahme am 8. 12. 1932:

Patientin in herabgesetztem Ernährungs- und Kräftezustand; kann sich nur mühsam mit Unterstützung von zwei Personen fortbewegen, muß fast getragen werden.

Die Untersuchung der inneren Organe bietet keinen wesentlichen krankhaften Befund.

Hirnnerven: Der linke Mundwinkel steht etwas tiefer als der rechte. Die Zunge weicht nach rechts ab; ebenso die Uvula. Sonstige Hirnnerven o. B.

Augen: Die rechte Lidspalte ist enger als die linke. Beide Pupillen sind ungleich, im Größenverhältnis wechselnd. Prompte Reaktion auf Licht und Konvergenz. Augenbewegungen frei. Kein Nystagmus. Im Augenhintergrund beiderseits keine Veränderungen.

Muskulatur: Atrophieen der kleinen Handmuskulatur. Abduktion, Opposition und Adduktion beider Daumen eingeschränkt — rechts mehr als links. Hände feucht und kühl.

Arme: Die gesamte Armmuskulatur ist atrophisch. Aktive sowie passive Beugung und Streckung in beiden Ellenbogengelenken normal. Der linke Arm kann aber nicht über die Horizontale bewegt werden; der rechte Arm kann von der Patientin nur bis zu einem Winkel von 45° gehoben werden. Die grobe Kraft ist besonders im linken Arm reduziert.

Beine: Der rechte Fuß steht in einer leichten Varus- und Spitzfußstellung. Beiderseits mangelhafte Dorsalflektion in den Zehen und Sprunggelenken. In den übrigen Gelenken Bewegungen ausreichend möglich. Keine Maßunterschiede an den Beinen.

Wirbelsäule: Starke Lordose, besonders im Bereich der oberen Hals- bis zur oberen Brustwirbelsäule. Kein Stauchungsschmerz, keine Klopfempfindlichkeit. Bewegungen des Kopfes nach allen Richtungen eingeschränkt.

Reflexe: Arm-, Patellar- und Achillessehnenreflexe gleichmäßig gesteigert. Beiderseits Patellar- und Fußkloni. Babinski beiderseits positiv. Bauchdeckenreflexe fraglich.

Sensibilität: Hypästhesie für oberflächliche Berührung, Temperatur- und Schmerzempfindung am ganzen Körper, besonders in segmentärer Anordnung an der Ulnarseite des linken Unterarms, auf der linken Schulterhöhe und abwärts davon bis zum Skapulawinkel; ferner an der Brust, im Bauchbereich und in geringerem Grade an den Oberschenkeln. Die obere Grenze der Hypästhesie liegt links höher als rechts. Die Grenzen sind hier nicht ganz scharf.

Tiefensensibilität o. B.

Keine eindeutig ataktischen Störungen der unteren Extremitäten.

Erhebliche Blasen- und Mastdarmstörungen. Miktion verzögert und selten. Paraplegie an beiden Beinen. Lähmungserscheinungen rechts stärker als links.

Serologischer Befund: Wassermannsche Reaktion negativ. Blutkörperchensenkungsreaktion (Westergreen): 9 — 24 — 82.

Im Blutbild keine wesentlichen Veränderungen gegenüber der Norm. Die Zysternenpunktion mißlang wegen der sehr starken Lordose der Halswirbelsäule.

Urin- und Stuhlbefund: o. B.

Psyche: Keine geistigen Störungen.

Verlauf: 16. XII. abends plötzlich Beklemmungsgefühl. Dyspnoe, Nasenflügelatmen. Keine Temperaturerhöhung.

19. XII. Lumbalpunktion und Jodipinfüllung (mit Jodipin ascendens).

Der Liquorbefund weicht gegenüber der Untersuchung im Krankenhaus Saarbrücken nicht wesentlich ab. Myelographie. — Befund: Kein Stop. nachweisbar.

16. 1. 34. Beginn mit Röntgenbestrahlung wegen Verdachts auf Rückenmarkstumor (unklar welcher Art). Immer noch anfallsweise Dyspnoen, die stets kurz anhalten. Zunehmende Hilflosigkeit.

8. II. Abschluß der Röntgenbestrahlung. Während dieser Behandlung schlechtes Befinden. Größere Müdigkeit und Brechreiz.

Vom 27. II. bis 1. III. folgt die 2. Bestrahlungsserie. Diesmal weniger Beschwerden.

15. II. Keine neurologischen Veränderungen. Patientin kann aber neuerdings die Arme mehr heben; sie reicht die Hand zum Gruß, was vorher unmöglich war.

30. V. Während der bisherige Zustand unverändert blieb, treten nun Kopfschmerzen, häufiges Erbrechen und Obstipationsbeschwerden in den Vordergrund. Nahrungsaufnahme ist herabgesetzt.

27. VI. Nach Stangerbädern und 4-Zellenbädern geringe subjektive Besserung; neurologisch jedoch unverändert.

1. VIII. In der Zwischenzeit keine Dyspnoe mehr. Patientin ist meist euphorisch; sie glaubt Besserung und therapeutischen Effekt durch Stangerbäder wahrnehmen zu können. Jedoch täglich Erbrechen und Kopfschmerzen. Es macht sich ein deutlicher Rückgang der Kräfte bemerkbar.

10. VIII. Zunehmender rascher Verfall. Exitus letalis, ohne daß wesentliche neue Symptome aufgetreten sind.

Sektionsbefund: Mikroskopisch: Das Rückenmark zeigt an der Rückseite, sowohl im zervikalen wie im lumbalen Teil länglich ovale, plattenförmige, gelbe und innerhalb der weichen Häute gelegene Auflagerungen, die augenscheinlich als Fettgewebe imponieren und das Rückenmark komprimieren, dessen normale Zeichnung an den betreffenden Stellen nicht mehr zu erkennen ist. (Abb. 1.)

Makroskopisch: Es liegen schwerste Veränderungen des ganzen Rückenmarks durch Druck der dem Rückenmark aufliegenden lipomatösen Gebilde vor. Ausgedehnte Entmarkungen; außerdem ist das Rückenmarkgrau schwer geschädigt. Besonders sind viele Vorderhornzellen ausgefallen; auch im Vorderhorn sieht man fortschreitenden Abbau großer Ganglienzellen.

An der Rückenmarksperipherie bestehen ferner im Fortschreiten begriffene Erweichungen, man sieht Fettkörnchenzellen und Rundzellen-infiltrate, die zum Teil auf die weichen Häute übergreifen. Neben den Lipomen bestehen noch weitere Auflagerungen am Rückenmark, die einen anderen Tumorcharakter zeigen. Diese haben sich erst bei der Untersuchung von eingebettetem Material an Stellen gefunden, die makroskopisch nicht besonders auffällig waren, sondern wie kleine grauweißliche Flecke ausgesehen haben. Es handelt sich hier um zellreiche Gebilde, die vielfach aus verflochtenen Gewebszügen mit vorwiegend spindeligen Kernen bestehen. Das Zwischengewebe färbt sich teils gelb, teils rot (van Giesonfärbung). Offenbar liegen also Fibroneurome vor. Diese Gebilde liegen vorwiegend der hinteren Rückenmarksperipherie auf; sie lassen keinen unmittelbaren Zusammenhang mit den Wurzeln erkennen. Dagegen zeigen die bindegewebigen Hüllen der letzteren teils auch geringfügige Infiltration mit ähnlichen Tumorelementen.

Fall II beobachtet und behandelt auf der Nervenabteilung des Landeskrankenhauses Homburg/Saar vom 31. I. 33 bis 25. V. 33.

R. S., 22jährige Patientin, Dienstmädchen, wird wegen eines organischen Nervenleidens unklarer Art zur Behandlung eingewiesen. Aus der Familienanamnese geht hervor, daß die Mutter der Patientin an einer Schizophrenie gelitten hat. Eine Schwester der Mutter starb an einer Chorea Huntington; eine zweite Schwester ist ebenfalls an Schizophrenie erkrankt. Die drei Patientinnen wurden an der Heil- und Pflegeanstalt Merzig behandelt. Die besagten Diagnosen sind daselbst gestellt worden. Der Vater soll »nervös« sein.

Die Patientin selbst war früher nie krank. Im Kindesalter wurden die Rachen- und Gaumenmandeln entfernt. Beginn der jetzigen Erkrankung ca. 8 Wochen vor der hiesigen Aufnahme mit einem Furunkel am Rücken mit Fieber. Seitdem fühlte sich die Pat. »unwohl«; sie bekam Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Müdigkeit und Schwäche. Deshalb suchte sie im Dezember 1932 ein Krankenhaus auf. Nach der Entlassung von dort weitere Verschlechterung des Leidens: jetzt Herzbeschwerden, Erbrechen und Atemnot. Nach einer Lumbalpunktion im Januar 1933 bekam sie angeblich »Lähmungen«. Zuerst soll der linke Arm und das linke Bein gelähmt gewesen sein, dann sei Besserung am Arm erfolgt; dafür trat völlige Lähmung beider Beine mit Stuhl- und Harninkontinenz auf; sie verspürte zuerst eine »Steifigkeit« bis zu den Knien und anschließend machte sich diese bis zu den Hüften bemerkbar. Dazu bekam sie Schmerzen, besonders auf der rechten Seite. Nach dem Bericht des einweisenden Arztes hatte die Pat. spastische Erscheinungen am linken Arm mit Blaufärbung und schlaffe Paresen beider Beine. Ausgesprochener war die Parese am linken Bein.

Neben einer Fazialisparese rechts war eine Neuritis optici auf derselben Seite festzustellen gewesen.

Zustand bei der Aufnahme: Kopfschmerz, Brechreiz und Schwindelanfälle. Pat. liegt dauernd auf der rechten Seite. Der Kopf kann nicht rumpfwärts gebeugt werden (Nackensteifigkeit).

Innere Organe ohne krankhaften Befund; lediglich Pulsfrequenz von 108 bis 120 Schlägen pro Minute. Kein organischer Herzbefund.

Neurologische Untersuchung: Spastisch kontrahierte Nackenmuskulatur rechts mehr wie links, Kopf kann kaum nach vorn gebeugt werden; passives Beugen schmerzhaft. Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels. Keinerlei Störungen des Riechvermögens. Mund hängt leicht nach rechts. Die Zunge weicht etwas nach rechts ab; Tremor. Keine Atrophie der Zungenmuskulatur, Geschmackvermögen o. B.

Augen: Pupillen mittelweit, rund und gleich. Reagieren gut auf Licht und Konvergenz; zeitweise tritt allerdings Anisokorie auf; die rechte Pupille ist dann enger als die linke. Rechte Iris dunkelbraun, linke hellbraun. Kein Nystagmus, keine Ptosis, Korneal- und Konjunktivalreflexe beiderseits o. B. Keine Gesichtsfeldeinschränkung.

Gehör: o. B.

Trigeminus und übrige Gehirnnerven: o. B.

Arme: grobe Kraft beiderseits gleich, leicht marmorierte Haut der Hände, Reflexe gesteigert.

Beine: Reflexe rechts lebhaft, links fehlt der Patellarreflex. Babinski und Oppenheim negativ.

Bewegungen und Gang: Ausgesprochene Paraplegie.

Sensibilität: Im Bereich der unteren Extremitäten ist die Berührungsempfindung abgeschwächt, jedoch nicht aufgehoben. Schmerz und Temperaturempfindung und Tiefensensibilität aufgehoben. Blasen- und Mastdarminkontinenz.

Augenhintergrund: Neuritis rechts.

Romberg: die Patientin hat Fallneigung nach rechts. Fingerzeigeversuch: zeigt mit dem rechten Zeigefinger einwärts.

Zysternenpunktion: mittlerer Druck, Liquor klar, sämtliche Reaktionen negativ $^{12}/_{3}$ Zellen.

Röntgenaufnahme: Schädel sagittal und seitlich. Im Bereich des Stirnbeines sind die Fingereindrücke deutlich verstärkt. Eine Verbreiterung der Gefäßfurchen ist aber nicht hiermit vergesellschaftet, sodaß der Befund nur als Ausdruck eines allgemeinen erhöhten Hirndrucks gewertet werden kann, aber nicht zur Lokalisation eines Tumors zu gebrauchen ist.

Blut und Liquorwassermann: negativ.

Urin: leichte Eiweißtrübung, sonst o. B. Leukoz. Epith.

Blutsenkungsgeschwindigkeit: 9 — 18 — 36 nach Westergreen.

Blutbild:	Erythroz	4800000,
	Leukoz	9200,
	Hämoglobin	90%.

Im Ausstrichpräparat: keine pathologischen Veränderungen.

Psyche: keine psychischen Störungen.

Verlauf der Erkrankung:

11. II. Bei Nachuntersuchung wird nun auch eine leichte Neuritis optica links vorgefunden, der sonstige neurologische Befund ist gleichbleibend; dagegen zunehmende Verschlechterung des allgemeinen körperlichen Zustandes, täglich Brechreiz, besonders beim Liegen auf der linken Körperseite.

Dauernd Inkontinenz von Stuhl und Urin.

5. III. Zustand der Paraplegie idem. Es entwickelt sich über dem rechten Trochanter und Malleolus externus ein trophisches Ulcus.

20. III. Allgemeinzustand: verfällt zusehends. Am neurologischen Befund bisher keine Änderung. Nackensteifigkeit besteht weiter. Die trophischen Geschwüre werden trotz sorgfältiger Behandlung progressiver; Temperaturerhöhungen bis 38,50, ungenügende Nahrungsaufnahme und dauernder Brechreiz.

1. IV. Die Erkrankung zeigt vorübergehend mehr zerebellare Symptome, Gleichgewichtsstörungen, Rumpfataxie, Schwindelanfälle, Brechreiz, heftige Schmerzen im Hinterkopf, dazu leichte Benommenheit, beginnende Stauungserscheinungen in beiden Papillen. Aber kein Druckpuls.

Augenhintergrund: Weiter verschlimmert; es zeigt sich folgender Befund: beiderseits Stauungspapille mit verwaschenen und unscharfen Rändern, gelbbraun verfärbt, mit abgeknickten Gefäßen.

Neben den früher geschilderten Erscheinungen weiterhin dauernde Temperaturerhöhung (bis 38,5 und Pulsbeschleunigung über 120). Verschlechterung des Blutbildes Hb. 81%, Leukoz. 10600, geringe Linksverschiebung.

15. IV. Allgemeinzustand weiterhin verschlechtert, große Temperaturschwankungen von 36,6 und 39,4. Aussehen blaß, anämisch (Hämoglobin:

50%), öfters Schüttelfröste; am linken Knie und rechten Fuß trophoneurotische Ulcera mit oberflächlichen Nekrosen, Nahrungsaufnahme gering, ständig unrein. Neurologischer Befund unverändert.

25. V. Unter zunehmender Kachexie rapider Verfall, dauernde Temperaturen zwischen 36 und 39,2; Pulslage in den letzten Tagen zwischen 120 und 172. Die Ulcera haben große Dimensionen angenommen. Sie erstrecken sich auf das Gebiet, das vom Nervus cutaneus femoris lat. versorgt wird. Es stoßen sich große nekrotische Muskel- und Hautfetzen ab, sodaß Teile des Femur freiliegen. Neben dieser Stelle finden sich noch Dekubitalgeschwüre, die besonders an der Ferse in flächenhafter Ausdehnung, weniger groß an den beiden Schultern in letzter Zeit aufgetreten sind.

Temperatur sinkt heute auf 36°, der Puls bleibt dauernd über 146. Bei zunehmender Kreislaufschwäche und starker Dyspnoe erfolgt Exitus.

Sektion des Gehirns und Rückenmarks: Es fand sich eine ausgesprochene Gehirnschwellung und reichliche Vermehrung des Liquor. Vor allem war das Kleinhirn so stark vom Liquor umspült, daß die Dura beiderseits verquoll. An der Cauda equina zeigte sich ein Tumor, der einige Wurzeln des Ischiadikus umklammerte. Es war eine alte bräunliche verfärbte stichartige hämorrhagische Duranarbe zu sehen (frühere Lumbalpunktion).

Befund der Prosektur der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie Eglfing: Die mikroskopische sowie die makroskopische Betrachtung ergibt, daß es sich bei dem ca. walnußgroßen Kaudatumor in der Hauptsache um reines Fettgewebe handelt. Es liegt also zweifellos ein Lipom vor. In der Umgebung dieses Lipoms findet man Strukturen, die färberisch den Charakter von Neurinom- bzw. Fibro Neurom tragen. Die Markscheidenfärbung läßt hier zahlreiche markhaltige Nervenfasern erkennen. (Abb. 2.)

Am Rückenmark fanden sich schon bei der makroskopischen Untersuchung außerordentlich starke Verdickungen der weichen Häute besonders im Lumbalbereich sowie Verwachsungen derselben mit der Dura. Mikroskopisch entspricht diesem Befund eine hochgradige fibröse Verdickung der Leptomeningen; z. T. auch mit Fibrose und Verödung größerer Gefäßäste. Das Bindegewebe ist teils schon kernarm, fast hyalin, teils noch jünger. Sehr reichlich sind Fibroplasten zu erkennen. Die Bindegewebsmaschen sind ausgedehnt durchsetzt von Rundzellen und Leukozyten. Hie und da findet sich Blutpigment. Auch kleine uncharakteristische Nekrosen sind eingesprengt. Der Prozeß nimmt nach oben zu an Intensität ab, läßt sich aber immerhin bis zum Halsmark verfolgen.

Das Rückenmark selber ist mehr oder minder stark miterkrankt. Es liegt eine jedenfalls sekundäre Degeneration der *Goll*schen Stränge vor, ferner eine Degeneration, die vorwiegend in der Rückenmarksperipherie ihren Sitz hat, die graue Substanz ist dabei weitgehend verschont. Am stärksten sind indessen die Veränderungen im Lendenmark, das bei makroskopischer Betrachtung — wahrscheinlich durch Kompression von den verdickten Meningen her ziemlich erweicht erschien. Hier sind große Teile der weißen Substanz von Fettkörnchenzellen durchsetzt. Die meningealen Veränderungen greifen auf das Rückenmark über, die Vorderhornzellen sind an Zahl vermindert und zeigen degenerative Veränderungen verschiedenen Grades.

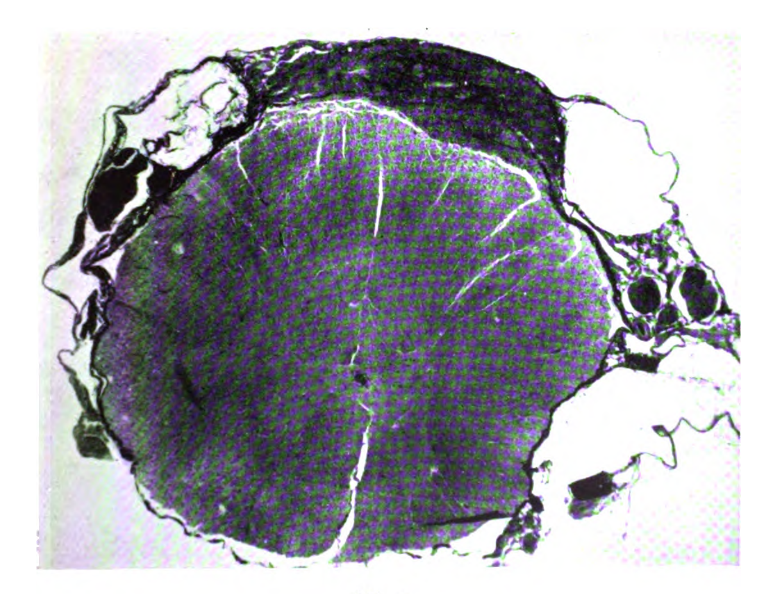


Abb. 1.

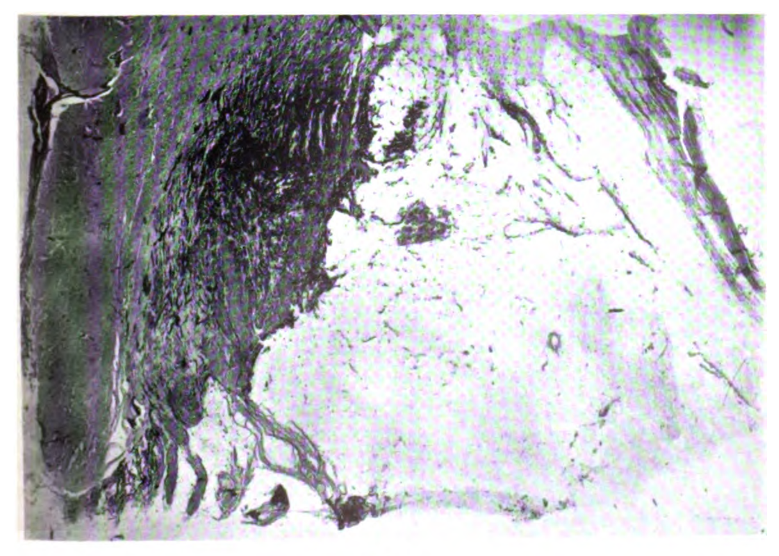


Abb. 2.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 103.
Zu Georg Eckart, „Über Lipombildung am Gehirn und Rückenmark".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.

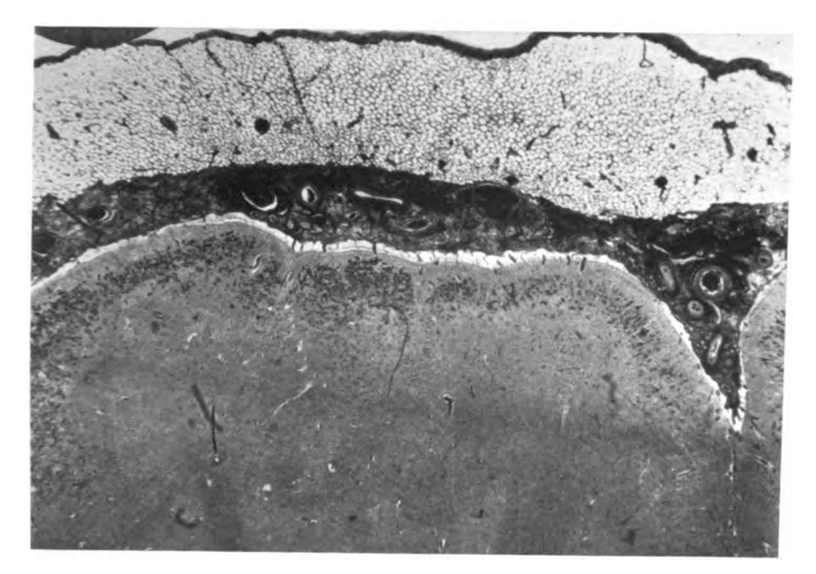


Abb. 3.

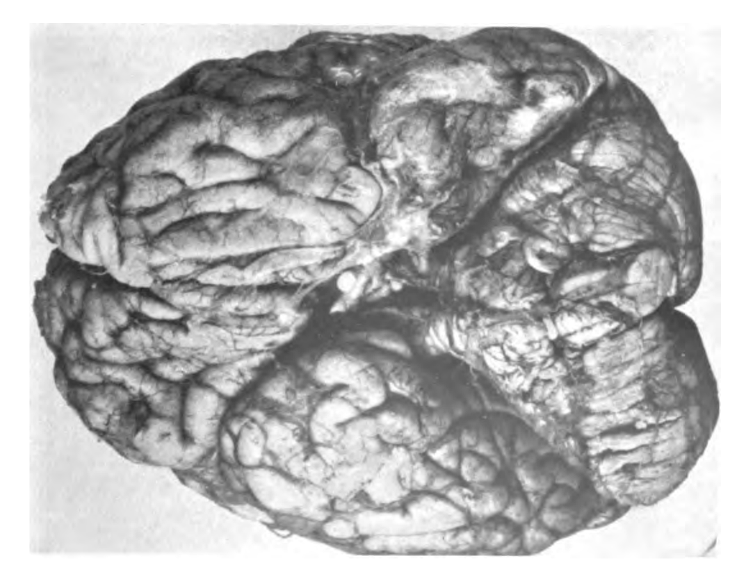


Abb. 4.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 103.
Zu Georg Eckart, „Über Lipombildung am Gehirn und Rückenmark".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.

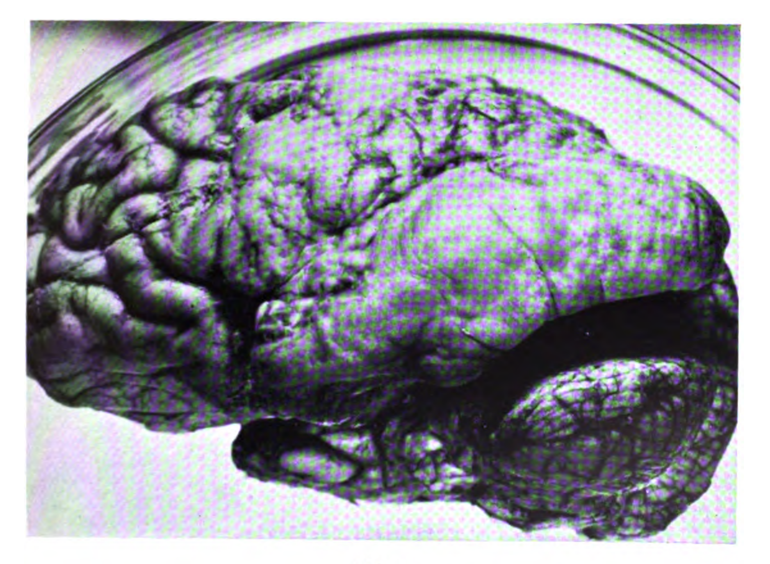


Abb. 5.

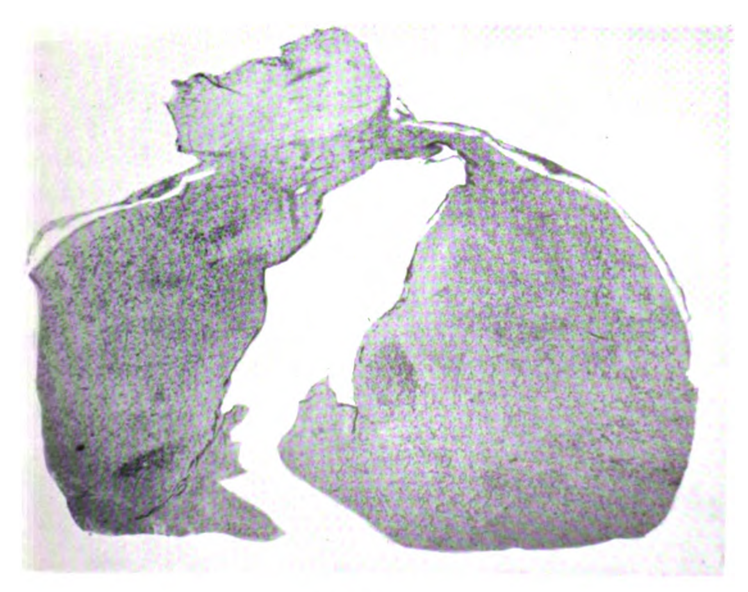


Abb. 6.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 103.
Zu Georg **Eckart**, „Über Lipombildung am Gehirn und Rückenmark".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.

Fall III. Th. H., 51 jährige Frau.

Der Sektionsbefund und die mikroskopische Untersuchung stammen von der Prosektur der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie.

Die Frau war in einer karitativen Anstalt (Schönbrunn bei München) untergebracht; dort werden keine Krankengeschichten geführt, sodaß über den Verlauf der Erkrankung leider keine Einzelheiten vorliegen.

Die Patientin war eine tiefverblödete Epileptikerin, welche am 27. 6. 34 infolge einer Pneumonie starb.

Sektionsbefund: Ausgedehnte konfluierende, gangräneszierende Bronchopneumonie der rechten Lunge, wahrscheinlich durch Aspiration entstanden. Foetide Bronchitis rechts, Pleuraverwachsungen über dem rechten Unterlappen. Schlaffes dilatiertes Herz.

Flächenhafte meningeale Lipome über den kaudalen Abschnitten der linken Großhirnhälfte, besonders über den Schläfenlappen.

Schrumpfgallenblase mit zahlreichen Pigmentkalksteinen. Kleine subseröse Uterusmyome.

Gehirnbefund: Das Schädeldach ist breit, oval, derb, eburnisiert, ohne erkennbare Nähte. Die Dura ist nicht verändert. Auch an der Schädelbasis sind keine Besonderheiten festzustellen. Das Gehirn ist von mittlerer Größe, mäßig fest, weich; Häute im allgemeinen sehr dünn, leicht injiziert. Der größte Teil der seitlichen Abschnitte des Schläfenlappens links, ferner die linke Zentralgegend, sowie die Bezirke des l. Parietal- und Occipitallappens, welche an die Medianspalte angrenzen, zeigen flächenhafte oder großfleckige, z. T. strangförmige miteinander verbundene, weiche Auflagerungen. Diese liegen innerhalb der Leptomeningen und zeigen ausgesprochen gelbe Verfärbung. Sie überdecken teilweise das Windungsrelief; dringen aber nicht in die Windungen ein. Sie fühlen sich weich an und erinnern in der Konsistenz an Fettgewebe. Auch bei kleinen Einschnitten hat man den Eindruck, daß es sich um reines Fettgewebe handelt. Abgesehen von diesen Veränderungen fühlt sich das ganze kaudale Ende der hinteren Großhirnhämisphäre besonders weich und schlaff an. Die Basis des linken Occipitallappen ist eingesunken; die weichen Häute sind fibrös verdickt. Der linke Occipitallappen ist breit und stumpf abgerundet, weiter kranial endend als der rechte. Der linke Schläfenpol, welcher teilweise noch von den fettartigen Massen überdeckt wird, ist weit weniger ausgebildet als der rechte. Er läßt kein deutliches Windungsrelief erkennen. (Abb. 4 u. 5.)

Die Windungen der rechten Großhirnhämisphäre erscheinen etwas plump und breit; das gesamte Windungsrelief des Gehirns ist weniger differenziert als gewöhnlich.

Nach Härtung des Gehirns finden sich keine gröberen Veränderungen. Auffallend ist die hochgradige Erweiterung der linken Seitenkammer, das Hinterhorn reicht fast bis zum Occipitalpol. Die Marksubstanz ist dementsprechend reduziert, die Ränder ziemlich schmal. Die hochgradige Verdickung der basalen Meningen am Hinterhauptslappen tritt nach frontalen Einschnitten sehr deutlich hervor. Die angeschnittenen Gefäße sind derbwandig.

Die mikroskopische Untersuchung der gelben Auflagerungen ergibt, daß es sich um reines Fettgewebe handelt. (Abb. 3.)

Da dieser Fall noch eine Menge weiterer Veränderungen bei der mikroskopischen Untersuchung ergeben hat, erscheint demnächst an der Prosektur

und Forschungsanstalt für Psychiatrie in Eglfing hierüber eine gesonderte Arbeit.

Fall IV. Die Patientin B. M., 70 Jahre alt, war im Krankenhaus Perlach bei München untergebracht. Dort starb sie unter der fraglichen Diagnose Magencarcinom; außerdem litt sie an Paralysis agitans und hochgradiger Sehnervenatrophie.

Aus der Krankengeschichte ist zu entnehmen: sie war Asylerin und wurde am 3. III. 31 in das Krankenhaus verlegt.

Interner Befund: Reduzierter Ernährungszustand. Druckschmerzhaftigkeit des Epigastriums. Keine sonstigen pathologischen Veränderungen der inneren Organe. Paralysis agitans. Beide Hornhäute stark getrübt, chronische Konjunktivitis. Beiderseits Entropium. Vollständige Amaurose beiderseits. Prolaps der vorderen Vaginalwand, chronische Zystitis. Tod nach einer Woche. Keine weiteren Eintragungen. Keine Lues.

Sektionsbefund und anatomische Diagnose: Kleines, scirrhöses, mäßig stenosierendes Magencarcinom am Magenausgang. Chronisches Empyem der Gallenblase (bei Steineinklemmung im Blasenhals, weiterer großer Pigmentstein im Fundus).

Gehirn: Hydrocephalus internus; kleines Lipom an der Hirnbasis, in der Nachbarschaft des linken corpus mammillare. Graue Degeneration und hochgradige Atrophie des Sehnerven.

Ältere weiße Erweichungsherde im rechten Frontalmark.

Hirnbefund: Die Hirngefäße sind zart, ganz spärlich gelb gefleckt. Die Hypophyse ist auffallend groß, das Gehirn im ganzen atrophisch. Der innere Liquor ist vermehrt und aus dem Infundibulum tropft reichlich Flüssigkeit. Die Seitenventrikel sind sehr weit. Im rechten Frontallappen finden sich mehrere teilweise konfluierende, etwas zerklüftete Erweichungsherde mit ausschließlicher Lokalisation im tiefen Mark. Die Sehnerven sind atrophisch, grau und platt gedrückt. Hinter der Sehnervenkreuzung sitzt etwas links von der Medianlinie ein rundliches, gelbes, etwa zitronenkerngroßes Gebilde, der Hirnbasis breit aufliegend. Dadurch wird die Sehnervenkreuzung und das linke corpus mammillare leicht komprimiert. Mikroskopisch stellt sich diese Auflagerung als Lipom dar. Im übrigen findet sich kein krankhafter Hirnbefund.

Fall V. B. H., 40 Jahre alt. Der Patient war von 1928—1931 in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster untergebracht. Dort starb er am 18. 3. 31 im status epilepticus. Familiär war der Patient nicht belastet. Er war aktiv beim Militär und war später von 1914—1917 im Felde. Angeblich sei nach einem Bombeneinschlag im Jahre 1917 ein epileptischer Anfall aufgetreten. In einem fachärztlichen Gutachten wird ein Zusammenhang damit abgelehnt, da keine traumatischen Einwirkungen auf B. erfolgten. Die Anfälle begannen im Alter von 27 Jahren.

In der Anstalt zeigte der Patient das typische Verhalten eines Epileptikers mit gehäuften Anfällen und reizbarem, gewalttätigem Charakter.

Bei der Sektion des Gehirns wurden Veränderungen im dritten Ventrikel und ein pathologischer Befund der Leber gefunden.

Befund (makroskopisch): Dem Gehirnstück, das der Gegend des dritten Ventrikels entstammt, liegt ein kleiner gelbgrüner transparenter Tumor auf.

Mikroskopisch: Bei dem kleinen Tumor handelt es sich um ein Lipom.

Die Veränderung der Leber ist das Ergebnis einer Fehlbildung. Es sind cavernöse Hämangiome, die zum Teil zentral verödet sind.

Fall VI. Bei einer 73jährigen Patientin des Krankenhauses Schwabing/München, welche an einer Apoplexie starb, wurde als Nebenbefund bei der Sektion am corpus mammillare ein kleiner erbsengroßer Tumor gefunden. Keine klinischen Erscheinungen.

Mikroskopisch: Lipom.

Wie schon einleitend erwähnt, wurde bisher kein Lipom des Zentralnervensystems beobachtet, das der Gehirnsubstanz selbst angehörte. Das Lipom entstammt mesordermaler Herkunft. Nach *Virchow* entwickelt es sich »als hyperplastische Geschwulst aus praeexistentem Fettgewebe und stellt sich als eine exzessive Fettgewebsvermehrung« innerhalb einer gewissen Lokalität dar. Nach *Lorenz* gelangen bei der Entwicklung eines Lipoms die Zellen aus dem Fettkeimlager (*Toldt*) in die weichen Häute und entfalten sich weiterwachsend zur Lipombildung (*Stefan*). Es besteht weiterhin die Neigung, die Lipome den Dermoiden und Epidermoiden gleichzustellen. Analog den pialen Dermoiden und Epidermoiden verdanken nach dieser Auffassung die pialen Lipome ihren Ursprung einer ektodermalen Keimverlagerung. *Bostroem* nimmt an, daß sich die abgesprengten Keime nur dann zu geschwulstartigen Bildungen entwickeln können, wenn sie auf die Pia bzw. auf deren Gefäße verpfropft werden.

Da die Meningen keine oder nur spärliche Fettzellen enthalten, vermutet man, daß Lipome ähnlich wie Cholestaetome entstehen — beide Geschwülste wählen auch die gleiche Lokalisation. — Daß Wechselbeziehungen zwischen Mißbildung, Neubildung und Rückbildung eine Rolle spielen, dafür spricht das Vorkommen von Myolipomen (*Kaufmann*).

Mit Ausnahme des Falles V, bei dem das Lipom im dritten Ventrikel gefunden wurde, handelt es sich bei den übrigen hier erörterten Fällen allgemein um meningeale Lipome. Diese sind durchwegs den Leptomeningen zugehörig. Es mag wohl makroskopisch den Anschein haben, daß sie mit dem Gehirn bzw. Rückenmarkssubstanz in naher Verbindung stehen (Fall 1, 3 u. 5); mikroskopisch ergibt die Untersuchung dennoch eine Zugehörigkeit zu den Meningen oder deren Gefäßen. Das Lipom des dritten Ventrikels bildet in dieser Hinsicht eine Ausnahme, da es nicht in der vorgenannten Weise zu klären ist. Übrigens hat *Woelk*, Danzig, sogar ein hühnereigroßes Lipom des dritten Ventrikels beschrieben, das bei einem 71jährigen Mann mit seniler Demenz und Arteriosklerose symptomlos verlief.

Bisweilen findet man die hier lokalisierten Lipome von dem Plexus chorioideus ausgehend.

Neben den Lipomen wurden bei Fall I Veränderungen ge-

funden, die deswegen bemerkenswert sind, weil sie sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Fibroneurome erwiesen. Diese Geschwülstchen müssen als Mißbildungen aufgefaßt werden. Man kann sie vielleicht zum Gebiet der *Recklinghaus*'schen Krankheit in Beziehung bringen, die hier insofern atypisch ist, als sie sich vorwiegend auf die Rückenmarkshäute beschränkt.

Die Lokalisation der vorliegenden Lipome erweist sich als ziemlich vielgestaltig. Hervorzuheben ist der ausgedehnte Tumor (Fall III), welcher sich über die linke Zentralwindung und über Schläfen-, Parietal- und Occipitalregion erstreckt. Schon die ungegewöhnliche Ausbreitung ist auffallend. An Eigenart gewinnt aber dieses Lipom durch seinen außergewöhnlichen Sitz. Bisher wurde noch nie ein Lipom an der Konvexität des Gehirns beschrieben. Alle bisher beschriebenen und bekannten Fettgeschwülste bevorzugen die Hirnbasis. Erwähnt werden auch einige Balkenlipome (*Virchow*, *Ernst*, *Sury*, *Hübschmann*, *James* und *Huddleson*). Ein nicht seltenes Vorkommen scheint in der Region der corpora mammillaria zu sein; die vorliegende Abhandlung hat zwei derartig gelagerte Lipome aufzuweisen. Ein erbsengroßes Lipom mit der gleichen Lokalisation beschreibt *Timmer*. Cholesteatome werden hauptsächlich auch hier gefunden. Besondere Prädilektionsstellen können jedoch nicht erwiesen werden.

Wenn auch dem Lipom am Zentralnervensystem die Bösartigkeit der übrigen Hirntumoren abgesprochen wird, so glaube ich diese allgemeine Ansicht mit unseren Fällen in Frage stellen zu müssen. Der Begriff Bösartigkeit ist nicht in direktem Sinne einer infiltrativen, destruierenden Geschwulst zu verstehen; es ist damit vielmehr die indirekte Wirkung gemeint, welche das Lipom eventuell durch sein Wachstum und durch seine Größe am Gehirn und Rückenmark durch Druck ausüben kann.

Einwandfrei erklärt sich die Optikusatrophie des Falles IV durch Druck des zitronenkerngroßen Lipoms auf das Chiasma des Nervus optikus. Im Krankenblatt ist nicht zu ersehen, ob diese Geschwulst durch Kompression psychische Störungen im Sinne der *Korsakoff*'schen Erkrankung hervorgerufen hat, wie sie ja bei Läsion der corpora mammillaria vorkommen können. Bei Fall VI zeigten sich keine Ausfallserscheinungen, da das Lipom nur von geringer Größe war. Dieser Fall hat nur pathologisch-anatomisches Interesse.

Weiterhin kann mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß durch das Riesenlipom (Fall III) mit seiner flächenhaften Ausdehnung die Gehirnrinde stark beeinträchtigt wurde und im Zusammenhang damit die Epilepsie und tiefe Verblödung der Pat. gestanden hat (*Gruhle*). Wie weit die rechte Hemisphäre durch Druck geschädigt wurde, läßt sich nicht feststellen; außerdem ist

mangels einer neurologischen Untersuchung nicht abzusehen, welche sonstigen Ausfallserscheinungen in vivo bestanden haben.

Eingehender Betrachtung können die Symptomenbilder der Fälle I und II unterzogen werden, da hierfür Angaben über die Vorgeschichte und über eine längere klinische Behandlung vorliegen.

Wiewohl bei Fall I die Tumoren schon lange bestanden haben mögen — die Fibroneurome sind absolut schon kongenital angelegt — traten jedoch Erscheinungen erst im Anschluß an die vorletzte Geburt (1928) auf und durch die letzte Geburt (1931) soll eine rasch fortschreitende Verschlimmerung ausgelöst worden sein. Während im dritten Schwangerschaftsmonat (Mai 1931) außer sehr lebhaften Sehnenreflexen und angedeuteten Fußkloni noch keine wesentlichen neurologischen Symptome nachgewiesen werden konnten, fanden sich im Juli 1932 und bei der Aufnahme im Krankenhaus (Januar 1933) ausgesprochene schwere Veränderungen.

Über die Zusammenhänge zwischen Manifestation des Nervenleidens und den Schwangerschaften läßt sich nichts Sicheres sagen. Es kann nur objektiv festgestellt werden, daß während der Schwangerschaft das Leiden in Erscheinung trat und sich nach der letzten Geburt wesentlich verschlimmert hat.

Eine Systemerkrankung konnte in Fall I von vornherein ausgeschlossen werden. Der Verdacht richtete sich zunächst auf eine Syringomyelie; doch fehlte hierfür das Kardinalsymptom — die Dissoziation der Sensibilitätsstörung. Auch die amyotrophische Lateralsklerose konnte ausgeschlossen werden.

Im Vordergrund des Symptomenbildes standen die spastisch gesteigerten Sehnenreflexe der Extremitäten, die Atrophie der gesamten Unterarmmuskulatur und der kleinen Handmuskeln, ferner die Paresen; außerdem die Hypaesthesie der im Untersuchungsbefund bezeichneten Stellen.

Die topische Diagnose weist klinisch auf einen Prozeß des zervikalen Rückenmarkes (zumal die Pat. über Schmerzen im Genick klagte und die neurologischen Symptome hierfür sprachen), durch welchen sowohl Vorderhörner als auch Hinterhörner geschädigt wurden und welcher seinen Sitz extramedullär haben mußte.

Erschwert war die Diagnosestellung durch das Myelogramm. Obwohl nach dem neurologischen Befund auf einen extramedullären Tumor zu schließen war, zeigte sich im Röntgenbild kein Stop. Allerdings muß darauf verwiesen werden, daß infolge pathologischer Veränderung der Halswirbelsäule eine Suboccipitalpunktion und somit eine Myelographie mit Jodipin deszendenz nicht gelang. Deshalb mußte die Myelographie ascendens gemacht werden. Dennoch bleibt unerklärlich, wie trotz der erheblichen

Kompressionserscheinungen, die sich bei der Obduktion und bei der histologischen Untersuchung zeigten, die Myelographie normal verlaufen konnte; denn es muß immerhin angenommen werden, daß die Lipome schon damals die Größe erreicht hatten, die bei der Obduktion vorgefunden wurde. Die neurologischen Symptome blieben ja stets unverändert.

Die Lipome des Zentralnervensystems scheinen auf Röntgenbestrahlung nicht besonders anzusprechen. Der vorübergehende »therapeutische« Erfolg ist wohl auf die Euphorie der Patientin und auf suggestive Momente zurückzuführen. Es stand ja fest, daß es sich nicht um eine isolierte Geschwulstbildung handeln konnte.

Die Liquordiagnostik trug weiterhin nicht zur Klärung des Krankheitsbildes bei; denn einerseits ließ sie einen entzündlichen Prozeß vermuten; andererseits ergaben sich keine Anzeichen für einen Tumor. Die Xanthochromie allein legte den Verdacht nahe, daß eine diffuse Geschwulsterkrankung vorliegen könne; nach Rindfleisch geht nämlich eigentümlicherweise eine solche Erkrankung gern mit Gelbfärbung einher (beobachtet bei diffuser Carcinomatosis).

Die Neurofibromatosis, welche erst bei der histologischen Untersuchung gefunden wurde, kann für die Symptomatologie wohl kaum verantwortlich gemacht werden, da wegen der Kleinheit der punktförmigen Gebilde keine wesentlichen Schädigungen der Nervensubstanz hervorgerufen werden konnten.

Das Symptomenbild des Falles II deutet nach zwei verschiedenen Richtungen. Zunächst konnte an einen Kleinhirntumor gedacht werden. Hierfür fehlte allerdings der Nystagmus. Doch führte die Nackensteifigkeit einen Schritt weiter auf die richtige Fährte; denn eine Meningitis kann bekanntlich durch gestörte Liquorzirkulation zerebellare Störungen vortäuschen. Das unsystematische Gewirr der Symptome, die teilweise negativen Ergebnisse der Liquoruntersuchungen ließen immer wieder an der Diagnose Meningitis zweifeln. Im Liquor fanden sich nämlich keinerlei Anzeichen für eine Meningitis. Die Zellenzahl ließ eher einen Tumor vermuten, zumal bei späteren neurologischen Nachuntersuchungen der Befund beiderseitiger Stauungspapillen wieder auf diese Annahme hindeutete.

Der zweite Gesichtspunkt, nach dem man diese Erscheinungen bewerten mußte, lenkte die Aufmerksamkeit auf einen raumbeengenden Prozeß des Wirbelkanals. Hervorzuheben ist, daß in diesem Falle wohl die erheblichen entzündlichen Veränderungen durch Druck eine Schädigung des Rückenmarks bewirkten und so die Paraplegien verursachten. Der Kaudatumor hat wahrscheinlich doch mehr den Charakter eines Nebenbefundes. Sicher hat er aber im Zusammenhang mit den in seiner Umgebung besonders

intensiven entzündlichen Veränderungen an Bedeutung gewonnen. Der wichtigste Befund wird aber durch den chronisch-meningitischen Prozeß dargestellt. Über dessen Entstehung kann mit absoluter Sicherheit nichts gesagt werden. Möglicherweise ist eine Abhängigkeit mit dem in der Anamnese erwähnten Furunkel am Rücken zu konstruieren. Interessant ist in diesem Falle die Tatsache, daß die Patientin aus einer neuropathisch und psychisch schwer belasteten Familie stammt.

Zusammenfassung.

In einem kurzen Rückblick können noch einige Gesichtspunkte zusammengefaßt werden, die einen weiteren Beitrag zu den bisherigen Kenntnissen über Lipome am Zentralnervensystem liefern.

Das Lipom des Gehirns und Rückenmarks wird in der Literatur stets als Seltenheit angesehen. Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit sechs einwandfreien Lipomen, die vom Jahre 1931—1933 gefunden wurden. Wohl mag das Lipom wegen seines meist systemlosen Verlaufs wenig beachtet worden sein; auf Grund der klinischen und anatomisch-pathologischen Untersuchung der sechs Fälle komme ich aber zu dem Schluße, daß diese Geschwülste nicht zu selten vorkommen; denn sowohl die verhältnismäßig kurze Zeitspanne (1931—1933) als auch das örtlich eng begrenzte Gebiet, in dem diese beobachtet wurden, sind Faktoren, welche diese Behauptung bekräftigen.

Außerdem wurde an Hand von vier Fällen bewiesen, daß das Lipom auch symptomatologisch eine Rolle spielen bzw. die eindeutige neurologische Diagnose erschweren kann. Wenn auch in zwei Fällen (I und II) das Lipom in Verbindung mit anderen Erkrankungen zu Ausfallserscheinungen führte, so kann das Lipom doch als primäres Moment eine Rolle spielen.

Ungeklärt bleibt die Frage, warum in einem Fall das Lipom am corpus mammillare Schädigungen verursachte und in dem anderen Falle gleicher Lokalisation symptomlos verlief.

Als Novum auf dem Gebiete der Lipome am Zentralnervensystem würde Fall III anzunehmen sein, da bisher noch nie ein Lipom an der Konvexität des Gehirns gefunden wurde, soweit mir die Literatur zugänglich war. Daneben gewinnt diese Neubildung an Interesse durch ihre ungewöhnliche Ausdehnung und durch die Folgezustände, die sie verursachte.

Übereinstimmend mit den bisher bekannten Ergebnissen konnte auch bei den vorliegenden Fällen kein Lipom entdeckt werden, das mit der Gehirnsubstanz selbst in Zusammenhang stand.

Am Schlusse meiner Arbeit danke ich Herrn Prof. Dr. *Karl Schneider*, Heidelberg, für das mir gütigst überlassene Thema. Ebenso danke ich Herrn Dr. *Heene*, Chefarzt der Nervenabteilung

des Landeskrankenhauses Homburg/Saar für die Anregung und freundliche Unterstützung bei der Arbeit.

Nicht zuletzt gilt mein Dank Herrn Oberarzt Dr. *Neubürger* von der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, der mir in liebenswürdiger Weise einen Teil der Fälle und die mikroskopischen Präparate zur Verfügung stellte. Ein Fall wurde auch von Herrn Privatdozent Dr. *Singer*, Chefarzt am Krankenhaus München-Schwabing gütigst überlassen.

Literaturverzeichnis:

Bostroem, E.: Über die pialen Epidermoide, Dermoide usw. Zbl. Path. 1897, 1.
Bruns, L.: Die Geschwülste des Nervensystems. Berlin. S. Karger, 1908.
Gruhle: Nervenarzt 1928. 41. Tumoren bei Epilepsie.
Kaufmann, E.: Spezielle pathologische Anatomie.
Lorenz, W.: Ein Fall von Lipom der Vierhügelgegend. Arbeiten aus dem Laboratorium des Prof. *Obersteiner*. 4. Heft, Leipzig-Wien: Franz Deutike, 1896.
Stefan, H.: Lipom lokalisiert im Kleinhirnbrückenwinkel als Nebenbefund einer tuberkulösen Meningitis mit histologischem Befund. Zschr. für die gesamte Neurologie: Psychiatrie Bd. 145/1933.
Timmer: a. P. ein Fall von Lipombildung in den weichen Hirnhäuten an der Basis cerebri. Prov. Ziekenh. Santpoort Nederl. Tijdschr. Geneesk. 69 II, Nr. 25, 2782 (1925).
Woelk, H. A.: Ein Lipom des dritten Gehirnventrikels (Zbl. Path. 36, Nr. 13, 357 [1925]).

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern.

Durchgangsklinik oder nicht?

Aus einem Gutachten über die Frage der Trennung von psychiatrischer Universitätsklinik und Heil- und Pflegeanstalt Waldau an den Regierungsrat des Kantons Bern.

Von

Jakob Klaesi.

Den Anregungen und Ratschlägen verschiedener Fachgenossen folgend, mein Gutachten betreffend die Loslösung unserer psychiatrischen Universitätsklinik von der Heil- und Pflegeanstalt Waldau oder, wie die Frage auch lautete, Trennung von Professur und Direktion nicht in den Akten verschwinden zu lassen, sondern einem größern Leserkreis zugänglich zu machen, weil der Gegenstand von allgemeinem Interesse sei, habe ich mich entschlossen, diejenigen Abschnitte zu veröffentlichen, welche mehr als örtliche Bedeutung haben können. Vorausgeschickt sei, daß die Frage der Trennung alsbald nach Einreichung des Entlassungsgesuchs meines Amtsvorgängers, Herrn Professor *von Speyrs* auftauchte und dann zwei Jahre lang Regierung und Fakultät beschäftigte. Sie wurde auch mit meiner Wahl zum Professor und Direktor der Heil- und Pflegeanstalt nicht endgültig entschieden, sondern im Gegenteil mir der Auftrag erteilt, mich zu gegebener Zeit dazu zu äußern. Die herrschende Platznot und Bedürfnisse des Unterrichts erheischten aber raschestes Zugreifen, weswegen ich sofort nach meinem Amtsantritt mit der Umgestaltung in dem Sinne begann, wie sie vorliegendes Gutachten nachträglich nun befürwortet. Dieses erstrebt darum nicht eine Neuordnung, sondern die Billigung und den Ausbau eines Zustands, der schon geschaffen ist und sich auch schon bewährt hat. Unsere Arbeit wurde dadurch erleichtert, daß sie scheinbar nicht über eine Umlagerung der Kranken und schrittweise Anpassung der Verantwortlichkeiten der Ärzte an die neuen Aufgaben hinausging und keinerlei finanzielle Mehrleistungen von Seiten des Staates erforderte, denn auch bei uns ist das Geld knapp. Auch die inzwischen in der Stadt eröffnete psychiatrische Poliklinik ist aus den Geldmitteln erstellt worden, die uns für Unterhalt und Ausbau der Waldau zur Verfügung stehen.

Bern, 31. Oktober 1934.

»Die Trennung von Professur und Direktion sollte bezwecken, den Inhaber des Lehrstuhles für Psychiatrie von der Verwaltungsarbeit, wie sie ein Krankenhausbetrieb mit rund 1000 Betten wie der der Waldau mit sich bringt, auch wenn die Besorgung des Rechnungswesens außerhalb seiner Obliegenheiten fällt, zu entlasten und ihn dadurch in Stand zu setzen, sich sozusagen ausschließlich seiner Lehr- und Forschungstätigkeit zu widmen. Der Neubau der Waldau sollte zur klinischen Abteilung umgewandelt, dazu die entsprechenden Laboratorien erstellt und in der Stadt eine psychiatrische Poliklinik errichtet werden. Gewissen freilich nicht offiziellen Erläuterungen solcher Projekte in der Presse nach zu schließen (*Bund-Forel* v. 5. 7. 1932), war zur Beseitigung der bedenklichen Mischung von Leichtkranken und Nervösen mit schwerkranken und chronischen Patienten neben der Poliklinik in der Stadt auch noch eine klinische Station mit einer kleinen Anzahl Betten für Leichtkranke und Neurotiker geplant. Alle diese Institute sollten der Direktion des Professors für Psychiatrie unterstellt, für die Leitung der übrigen Teile der bisherigen Heil- und Pflegeanstalt Waldau aber ein besonderer Direktor oder auch Subdirektor ernannt werden.

Alle solchen Vorschläge entsprangen auch der Absicht, der Waldau, die seit Jahr und Tag überfüllt war, sodaß sie es trotz ihrer 1000 Betten nicht einmal mehr auf 200 Aufnahmen im Jahr brachte, und deren Betrieb so ins Stocken geraten war, daß auch das Material für klinische Vorstellungen und Forschungen so spärlich und armselig aussah als nur möglich, durch eine Abtrennung der Abteilungen für chronische Patienten zu größerer Übersichtlichkeit und Aktivität und damit erst recht zur Stellung einer Universitätsklinik zu verhelfen. So sehr aber eine solche Trennung die allererste und wichtigste Grundlage einer Neuordnung der Verhältnisse in der Waldau sein konnte, so sehr sie ferner im Hinblick auf die ganze Anlage der Anstalt und die Eigenart der einzelnen zur Verfügung stehenden Gebäulichkeiten geradezu als eine Selbstverständlichkeit auf der Hand lag und sich durch die bisherige, allerdings in etwas abgeändertem Sinne geschehene Verwirklichung auch als äußerst fruchtbare Idee und Maßnahme erwiesen hat, so sehr hätte sie doch, wäre es nicht zu einer nur teilweisen, sondern zu einer vollständigen Trennung mit eigenen, von einander unabhängigen Direktionen gekommen, ein sehr schwerer Schaden werden müssen, nicht nur für die psychiatrische Klinik und für die Waldau, sondern für das ganze bernische Irrenwesen überhaupt, — ein Schaden für die Klinik erstens, weil unsere sog. chronischen Zustandsbilder, ganz anders als auf dem Gebiete so mancher körperlichen Krankheiten, nicht einfach nur stationär ge-

wordene Symptomenkomplexe akuter Schübe darstellen, sondern in mancher Richtung eine unter dem Zwang des Äußerungswillens stets sich wandelnde und vertiefende Fortentwicklung derselben, wobei es zu einer Reichhaltigkeit der Formen und der Ausdruckstendenzen kommt, die denen akuter Stadien mindestens gleichstehen; sie verhalten sich zu diesen ungefähr wie die gesammelten Schriften eines Politikers zu seiner Jungfernrede im Nationalrat, woraus zweifelsohne hervorgehen dürfte, daß die Schule ihrer weder zu Forschungs-, noch zu Lehrzwecken entbehren kann. Je zahlreicher die ihr zur Verfügung stehenden chronischen Fälle, desto besser für sie. Zweitens muß hervorgehoben werden, daß die seelischen Abweichungen nur in ausgesprochenen Schulfällen so eindeutig sind, daß sie sozusagen auf den ersten Blick als Zeichen eines bestimmten Krankheitsbildes gewürdigt und vorbehaltlos diesem zugeordnet werden können; häufig erlauben erst der spätere Verlauf und eine sehr lange Beobachtung eine entscheidende Auslegung und Diagnose, für eine Anstalt wiederum ein Grund, sich der für das Verständnis und die diagnostische Würdigung akuter Krankheitssymptome durch die chronisch verlaufenden Fälle repräsentierten Tests möglichst nicht zu begeben. In dritter Linie kommt hinzu, daß die chronischen Fälle mit den akuten und niemals diese allein das wahre Übungsfeld nicht nur für den angehenden Diagnostiker, sondern vor allem auch für den angehenden Therapeuten darstellen, denn spielt schon beim körperlich Kranken die angeborene Konstitution eine große Rolle, indem sie weitgehend die Neigung zu gewissen Erkrankungen und Komplikationen bedingt und zum Teil auch die Äußerungsformen und Heilungsaussichten derselben bestimmt, so noch viel mehr beim Geisteskranken; hier ist die vererbte Anlage und angeborene Reaktionsweise auf Psychisches, d. h. der Charakter, in noch viel höherem Maße an der Formung der Zustandsbilder und ihrer Entwicklung und Prognose beteiligt; ja man wagt nicht zu viel, wenn man behauptet, daß er dafür ausschlaggebend sei. Da aber kein Mensch gleich ist wie der andere, sind betreffend die Erscheinungsformen gewisser Geisteskrankheiten und deren Verlauf und Prognose der Möglichkeiten genau genommen so viele als es Kranke gibt. Man hat Ähnliches schon lange gewußt und daher denn auch immer wieder versucht, statt von Krankheiten, von Zustandsbildern zu sprechen und gewisse Krankheitsgruppen, namentlich aus dem Gebiet der sog. funktionellen Geisteskrankheiten, in Zustandsbilder aufzuteilen (*Hoche*), Versuche, die Versuche bleiben mußten, weil jeweilen auch wieder nur auf die der übernommenen klinischen Beschreibung gewohnten Symptome abgestellt wurde und nicht auf die größtenteils im Charakter begründeten und vielmehr diesem als der Krankheit zugehörigen Ur-

sachen derselben, weswegen wieder alle Einteilung und Beschreibung ungenau blieb und nicht befriedigte. Für die Psychiatrie von heute beginnt darum die Aufgabe gerade da, wo sie für die alte Schule aufgehört hat, nämlich bei der Diagnose. Hier stellen sich die Fragen: Warum äußert sich die Krankheit in vorliegendem Fall gerade so und nicht anders? Was bedeutet hier der Symptomenkomplex? Wieviel davon ist Selbstheilungsversuch, wieviel Zeichen einer Auflehnungs- oder Ausschaltungstendenz usw. Alles Fragen, die letzterdings auf eine Charakterdiagnose und auf eine Charaktererziehung hinauslaufen. Daß solche aber nicht in kurzer Beobachtungs- und Behandlungszeit und also nicht in einer ausgesprochenen Aufnahmestation geübt werden können, dürfte leicht überzeugen, wie es auch im Hinblick auf die oben erörterten Tatsachen selbstverständlich erscheint, daß das Lehrmaterial einer Schule umso wertvoller ist, je zahlreicher und mannigfaltiger es ist, und je länger es dem Beobachter zur Verfügung bleibt. Gerade deshalb ist für eine psychiatrische Klinik auch das chronische Material von allerhöchstem Wert, und man darf füglich behaupten, daß zum großen Teil auch darum das Burghölzli in den vergangenen drei Jahrzehnten eine so überragende Stellung in der Psychiatrie sich erobert hat, weil seinen Leitern *Bleuler* und *Forel* und ihren Schülern Gelegenheit geboten war, ihre Kranken nicht nur während einiger Wochen zu beobachten, wie es in einer Durchgangsklinik nach deutschem Muster häufig der Fall ist, sondern während Monaten und Jahren.

Es kommt als weiterer Umstand hinzu, daß die Anwesenheit vieler chronischer Fälle die Aufnahmefähigkeit einer Anstalt, wie bisher auch in der Waldau geschehen, so sehr bedroht, daß die Ärzte gezwungen sind, therapeutisch alles aufzubieten, was Besserungen zeitigen und damit Platz schaffen kann, wiederum eine Tatsache, der das Burghölzli außer dem Genie seiner Leiter seinen Weltruhm als Heilstätte verdankt, mußte doch hier nebst andern gerade auch der Gedanke der Frühentlassung, d. h. einer Entlassung nicht möglichst früh nach der Besserung, sondern möglichst früh noch im abklingenden Anfall schon aus Not geboren werden. Nicht umsonst ist auch die gleiche Anstalt eine Geburtsstätte einer heute überall durchgeführten Form der Familienversorgung von Geisteskranken geworden. Diese Tatsachen sind übrigens unter Psychiatern so bekannt, daß alle Kollegen, denen nur eine Durchgangsklinik zur Verfügung steht und keine Abteilungen für Chronische, einen um die Mannigfaltigkeit und den Reichtum des Materials beneiden, ermessen sie doch, was für Anregungen und in wie großer Zahl gerade die chronischen Fälle bieten.

Man wendet vielleicht ein, daß in Bern, wenn es zur Trennung

gekommen wäre, geplant war, dem Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik selbstverständlich das Material der Heil- und Pflegeanstalt Waldau für seine Forschungs- und Lehrzwecke zur Verfügung zu stellen, wie man ja auch laut Jahresbericht der kant.-bernischen Heil- und Pflegeanstalten pro 1932 übereingekommen war, den Klinikdirektor zu ermächtigen, sich interessante, chronische Fälle sogar in den Heil- und Pflegeanstalten Münsingen und Bellelay auszusuchen und darüber zu verfügen, und diese Anstalten sich auch dem Vernehmen nach verpflichten wollten, dafür zu sorgen, daß die Klinik immer aufnahmefähig bleibe, d. h. ihr die hinderlich werdenden chronischen Fälle rechtzeitig abzunehmen. Nichts zeigt deutlicher, daß die Besonderheit psychiatrischer Fälle und Verhältnisse nicht genügend berücksichtigt waren, als dieses Übereinkommen, denn es handelt sich, wie aus meinen bisherigen Ausführungen zur Genüge hervorgehen dürfte, bei unsern chronischen Kranken nicht darum, daß man davon Augenschein nehme und zeige, wie sich eine bestimmte Geisteskrankheit im chronischen Stadium etwa äußert, sondern darum, den Werdegang derselben in so und sovielen Variationen mitzuerleben und darzustellen, wobei ein Hauptaugenmerk darauf gerichtet werden muß, wie der Kranke mit seinem defekten Mitteilungswillen und in einem durch die Geisteskrankheit eingeengten Wirkungsbereich sich noch anpaßt, sich noch äußert, sichert und zur Geltung bringt, und daß die Persönlichkeit des Arztes, die Beschaffenheit der Anstalt und die Sachkunde des Personals dabei die allergrößte Rolle spielen, weil es auch von ihnen abhängt, ob der Kranke sich noch an sie wendet und auf sie Bezug nimmt, ob seine Haltung und Handlungen noch einfühlbar bleiben, und ob er verblödet oder nicht, denn nie ist es die Krankheit, die noch nach Bezugnahme und Äußerung trachtet, sondern die Persönlichkeit des Kranken, und eben deshalb kommt es darauf an, ob sie von ihrer Umgebung noch verstanden werde, und diese ihr noch Ansporn und Aufnahme biete oder nicht. Dem Irrenarzt sagen darum zuerst einmal, wenn er es genau nimmt, die chronischen Zustandsbilder, soweit sie funktionellen Geisteskrankheiten angehören, nur das, daß es nicht gelang, die betreffenden Kranken aufzuschließen; die Fragen warum, und wer daran die Schuld hat, bleiben offen. Auch mit Krankengeschichten können wir nicht soviel anfangen, wie Vertreter anderer Disziplinen mit den ihrigen, weil es in der Psychiatrie noch vielmehr als anderswo darauf ankommt, wie man beobachtet und noch mehr, wie man sich zur Beobachtung verhalten, was für Schlüsse und Maßnahmen man daraus gefolgert, und wie man diese angewendet hat. Darum kann auch eine richtige, vollständige klinische Vorstellung eines solchen Kranken nur dann stattfinden, wenn der Arzt

den Patienten und dessen Gewohnheiten aus eigener Erfahrung genau kennt und mit ihm, wie wir uns ausdrücken, einen so guten Rapport hat, d. h. sich mit ihm so gut versteht, daß er bestimmt weiß, was er zu sagen und zu unterlassen hat, um eine gewünschte psychische Reaktion auszulösen und eine nicht gewollte zu vermeiden. Deshalb kann man Geisteskranke nicht einfach ausleihen, und der Klinik und ihrem Chef wäre mit einem Abkommen mit andern Anstalten nur dann wirklich gedient, wenn es ihn befugte, von Zeit zu Zeit sämtliche Kranken derselben zu sich zu nehmen oder noch besser mit allen seinen Schülern und Ärzten in den der Klinik angeschlossenen Anstalten, wenn es ihm beliebte, Visite zu machen. Niemand wird aber behaupten, daß dies nicht zu schweren Störungen Anlaß gäbe, auch dann, wenn die beiden Herren Direktoren Brüder wären.

Was die Aufnahmefähigkeit der Klinik als Durchgangsstation anbelangt, hängt diese zum Teil wohl von der Initiative ihres Direktors und der der übrigen Ärzte ab, zum andern Teil aber von der Aufnahmefähigkeit der hinter ihr liegenden und für die Übernahme ihrer Kranken bestimmten Heil- und Pflegeanstalten und dort wiederum zu einem weitern und sehr großen Teil von der Führung der Arbeitsstätten, vor allem der Gutsbetriebe, welche diesen Anstalten zur Verfügung stehen. Im Falle Bern würden die Verhältnisse, wenn es zur Trennung käme, so liegen, daß der Direktor der Universitätsklinik, wenn er etwas von Führung verstände, von morgens bis abends und Tag und Nacht dafür besorgt sein müßte, daß in der Heil- und Pflegeanstalt ja derselbe Geist herrsche wie bei ihm und vor allem, daß Verwaltung, Küche und Ökonomie der Heilanstalt, über die er mit keinem Deut zu befehlen hätte, ihm so zur Verfügung ständen, wie wenn er ihr Herr und Meister wäre. Sicher der Möglichkeiten zu Auseinandersetzungen und Anständen aller Art allzu viele.

Wenn ich eingangs gesagt habe, daß eine solche Trennung nicht nur einen sehr schweren Schaden für die Klinik und die Waldau als Heilanstalt, sondern auch für das ganze bernische Irrenwesen bedeutet hätte, dann deswegen, weil eine psychiatrische Klinik nicht nur dazu da ist, Geisteskranke zu behandeln, Gelegenheit zu Laboratoriumsarbeiten und wissenschaftlichen Publikationen zu geben und Studenten auf das Examen und auf ihre spätere Praxis vorzubereiten, sondern zu einem großen Teil auch dazu, Irrenärzte und zukünftige Anstaltsdirektoren heranzubilden. Wie aber diese Aufgabe erfüllen, wenn ein wichtiger Teil zur Heranbildung, nämlich das große Material der chronischen Kranken mit allem Drum und Dran und namentlich auch mit der beschwerlichen, aber notwendigen und lehrreichen Verwaltungsarbeit der Klinik nicht direkt, sondern nur unter Voraussetzung besondern Wohlwollens

wirklich ausgiebig zur Verfügung stände? Man dachte wohl auch an die Möglichkeit, für solche und andere Zwecke eine Anzahl chronischer Kranker in der Klinik zurückzubehalten; dann wäre aber wieder die für die Behandlung aller Neuaufnahmen so wichtige Scheidung in akute und chronische Fälle keine reinliche geworden, und die Aufnahmefähigkeit der Klinik wäre schon vom ersten Tag an wieder bedroht gewesen.

Noch nicht erwähnt habe ich die Bedeutung der Familienversorgung für Geisteskranke und die der psychiatrischen Poliklinik für die Bereicherung des Beobachtungsmaterials einer Klinik und für die Ausbildungsmöglichkeit ihrer Schüler. Poliklinik und Familienversorgung, soziale Fürsorge und Milieubehandlung gehören aber so zusammen, daß man sie, wenn man irrenärztlich denkt und das Interesse des Kranken voranstellt, nicht voneinander trennen kann. Es ist aber klar, daß bei der Trennung, wie sie vorgeschwebt hat, die Familienpflege als eine Unterbringung von beruhigten und verblödeten chronischen Fällen der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt unterstellt worden wäre und die Poliklinik als Beobachtungsstation und Beratungsstelle für ambulante, d. h. im allgemeinen leichtere Fälle und Nervöse der Leitung der Klinik; wem eine künftige Fürsorgerin hätte zugeteilt werden müssen, die das Material der Familienpflege betreuen, jedoch auch Kranke aus der Poliklinik aufnehmen soll, ist nicht erfindlich und noch weniger, wer die Fälle übernommen hätte, die wir jetzt schon als nicht mehr anstalts-, aber doch noch überwachungsbedürftig entlassen und zur Kontrolle der Poliklinik zuweisen; solche Fälle stammen nämlich meistenteils von den chronischen Abteilungen, sind aber von unsern gemeinsamen Untersuchungen und täglichen Beratungen her auch den Ärzten der Aufnahmestation oder Klinik vertraut; sie wären es aber nicht, wenn alle diese Abteilungen letzten Endes nicht eben doch zusammengehörten, und die sichere Folge davon wäre eine schon von Anfang an lückenhafte Verbundenheit zwischen Kranken und Ärzten und damit die Gefahr von Folgewidrigkeiten und Mißerfolgen in der Behandlung.

In letzter Linie spielen auch noch ökonomische Gesichtspunkte, die zugleich auch hervorragend therapeutischen Wert haben, eine große Rolle. Eine psychiatrische Klinik und Heil- und Pflegeanstalt ist deswegen, weil sich ihre Aufgabe nicht wie die eines andern Spitals nur auf eine rein medizinische Einflußnahme erstreckt, sondern auch auf eine erzieherische, und fast möchte man sagen weltanschauliche, nicht eine Heilstätte, deren Insassen während der Krankheit vom täglichen Leben solange abgesondert bleiben, als sie krankheitshalber nicht mitmachen können, sondern sie ist gewissermaßen ein Gemeinwesen im Gemeinwesen und kann nur dann als Weg zur Rückkehr ins Leben gelten, wenn sie von den

gleichen Grundsätzen beseelt ist, die auch außerhalb ihrer Mauern gelten und womöglich noch in höherem Maße. Dazu gehören der Drang zur Auswirkung, zur Hingabe, Mithilfe und Einordnung in das Staatsleben. Wo der Leiter einer psychiatrischen Klinik nicht Gelegenheit hat und gar nicht genötigt ist, alle Hilfsmittel zu mobilisieren, welche dazu dienen können, den ihm unterstellten Betrieb nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Mittel zu führen und zu organisieren und damit auch von dieser Seite anfeuernd auf seine Schüler und Schützlinge einzuwirken, da ist es um die Vielseitigkeit und Lebendigkeit seiner Aufgabe teilweise schon geschehen, und fruchtbarste Beziehungen, die ihn und seine Arbeit mit dem Leben außerhalb der Umfassungsmauern verbinden, sind abgeschnitten. Man könnte auch sagen, daß ihren Ärzten der Blick in ihr spezialärztliches Forschungsgebiet zur Not noch offen steht, aber nicht mehr derjenige ins große, praktische, tätige Leben, von wo sie eigentlich ihre wichtigsten Anregungen zu ihrer Erziehertätigkeit und ihre Kraft herbeziehen sollten. Mit andern Worten: Berauben Sie ja eine Heilstätte für Nervöse und Geisteskranke ihrer Verwaltungsarbeit, ihrer Berührungsmöglichkeiten mit Privaten und Behörden aller Art und ihrer möglichst vielseitigen Betätigungsfelder, ihrer Gärten und großen Gutsbetriebe nicht, und denken Sie nicht daran, diese für eine Durchgangsklinik mit beschränktem Umschwung nach bewährten Mustern durch kunstgewerbliche Werkstätten zur Herstellung von Spielzeug, Zierrat usw. zu ersetzen; denn es ist für den Geist, der im Hause regieren soll, nicht gleichgültig, ob sich der letzte Insasse als nützliches Glied der Gemeinschaft, auf das es auch noch ankommt, betrachtet, oder ob er weiß, daß seine Handarbeiten gar nicht oder höchstens einmal zu herabgesetzten Preisen auf den Markt kommen und dann womöglich noch als Erzeugnisse von Geisteskranken! Gutsbetrieb, Gärten, Schneider-, Schuster-, Schreiner- und Maurerwerkstätten lassen sich zur Hauptsache aber nur mit chronischen Kranken führen, nicht mit akuten, da man diese noch zu wenig kennt, um sie nicht sorgfältig bewachen und beobachten zu müssen, — also wiederum ein Grund, sich der chronischen Fälle nicht samthaft zu entledigen, sondern sie als wichtige »Mitarbeiter an der Gesamtaufgabe der Anstalt« zu behalten, solange auch ihr eigenes Interesse es erfordert und rechtfertigt.

So sehr ich nun aber einer bleibenden Verbundenheit von psychiatrischer Klinik und Heil- und Pflegeanstalt Waldau das Wort rede und damit übrigens auch von der Errichtung einer psychiatrischen Klinik in der Nähe der andern Universitätsspitäler in der Stadt abrate, denn auch das würde, da mangels genügenden Umschwungs umfassende Beschäftigungs- und Behandlungsmöglichkeiten fehlten, zu einer öden Durchgangsstation führen, so sehr

muß ich andererseits unterstreichen, daß eine Umgestaltung der Waldau und eine Entlastung ihres Direktors notwendig waren. Wie Sie auch aus dem Jahresbericht der Kant. bernischen Heil- und Pflegeanstalten für das Jahr 1933 erfahren haben, ist die Reorganisation in der Weise angebahnt worden, daß durch die Umlagerung der Kranken und Aufteilung der vorhandenen Gebäudekomplexe nach Spezialaufgaben drei Anstalten geschaffen wurden, von denen eine jede eine möglichst selbständige eigene Führung durch einen Oberarzt hat, nämlich eine klinische Abteilung, eine Heilanstalt und eine Pflegeanstalt. Der Erfolg ist äußerlich einmal der, daß die Aufnahmeziffer von durchschnittlich 180—200 Kranken in früheren Jahren im Jahre 1933 bereits auf 419 gestiegen ist und im laufenden Jahr 600 übersteigen wird. Dabei haben wir fast durchwegs, sowohl auf der Männer-, wie auf der Frauenseite der Klinik, täglich durchschnittlich 10 Betten frei. Das Krankenmaterial, das damit für die klinischen Vorlesungen und Kurse mit der Heil- und Pflegeanstalt zusammen zur Verfügung gestellt wird, ist ein so vielseitiges wie nach Verlautbarungen zuständiger Fachgenossen, die hier zu Besuch kommen, nur in Kliniken großer Universitätsstädte. Dabei geschehen schon manche Aufnahmen freiwillig, ein Beweis dafür, daß der Schrecken vor der Irrenanstalt in unserer Stadt und Umgebung im Schwinden begriffen ist, und es also ein unnützes Unterfangen wäre, durch Gründung einer kleinen städtischen Abteilung dafür sorgen zu wollen, daß die Leichtkranken und Neurotiker von chronischen, schweren Fällen getrennt behandelt werden können und von solchen im Heilerfolg nicht gestört werden. Ich kann mich an dieser Stelle der Bemerkung nicht enthalten, daß eine solche städtische Leichtkrankenstation neben der Universitätsklinik bei der Waldau schwerlich dazu beigetragen haben dürfte, den Betrieb zu vereinfachen und den Professor zu entlasten und noch weniger dazu, dem Vorurteil gegen die Irrenanstalt zu steuern und das Material in der Klinik so zahlreich und mannigfach zu gestalten, wie es nun geworden ist, denn wie hätte der verantwortliche Leiter hin- und herfahren müssen, und wie sehr hätte sich der Irrtum weiter erhalten, daß man schon stockverrückt sein müsse, um der Aufnahme in die psychiatrische Klinik oder gar Irrenanstalt zu bedürfen.«

Das Gutachten kommt zu den Schlüssen, daß eine Trennung der psychiatrischen Klinik von der Heil- und Pflegeanstalt und eine Trennung von Professur und Direktion oder auch die Errichtung einer psychiatrischen Durchgangsklinik in der Stadt, (zu der glücklicherweise auch kein Geld vorhanden ist), ein Mißgriff wäre und ein nicht mehr gut zu machender Schaden für die Klinik als Unterrichtsanstalt für Ärzte und Irrenärzte, daß deshalb die erstrebte

Entlastung des Professors und Direktors der Klinik zum Zwecke einer intensiveren Beschäftigungsmöglichkeit mit seinen Lehr- und Forscheraufgaben und dem Ausbau der Klinik auf andern Wegen gesucht werden müssen und zwar durch Entbindung von der Verantwortung für den ärztlichen Dienst in der Poliklinik, womit der jeweilige Oberarzt der Klinik betraut wird, durch Entbindung von der Verantwortung für die Versorgung der in Familienpflege untergebrachten Geisteskranken, welche dem leitenden Arzt der Pflegeanstalt anvertraut werden, durch Überweisung von Gutachtenaufträgen nicht an den Direktor selbst, sondern an die Direktion der Anstalt mit der Befugnis, die Expertise einem Anstaltsarzt übertragen zu können und durch die Bestimmung, die Heil- und Pflegeanstalt nicht mehr zu vergrößern. Zum Zwecke des Ausbaus der Klinik als Lehranstalt wird die Umwandlung der jetzigen Kolonie »Neuhaus« in eine Beobachtungsstation für Kinder empfohlen. (Bereits bewilligt.) Die Schwesteranstalten Münsingen und Bellelay beteiligen sich im Interesse der Aufnahmefähigkeit der Klinik an der Übernahme von Kranken derselben je nach Maßgabe der Platzverhältnisse. (Zugesagt.)

Zum Schluß die Bemerkung, daß die Heil- und Pflegeanstalt Waldau aus der klinischen Abteilung im Jahr 1934 bei 642 Gesamtentlassungen derselben 95 Männer und 104 Frauen aufgenommen hat, was ziemlich genau dem Durchschnitt der Vorjahre entspricht. Demnach hat der 1914 errichtete Neubau mit seinen 200 Betten, der jetzt Klinik ist, vordem, als er noch Pavillon »Neubau« der Anstalt war, die Aufnahmefähigkeit um nichts gefördert; selbstverständlich, denn das Nebeneinander von akuten und chronischen Kranken war dasselbe wie in den übrigen Abteilungen, da eine Ordnung nur nach Aufregungsgraden, aber nicht nach Krankheitsdauer und Heilungsaussichten stattgefunden hatte, ein Fingerzeig darauf, daß Neuankömmlinge in Irrenanstalten durch die chronischen Insassen wahrscheinlich doch ungünstiger beeindruckt und beeinflußt werden, als manche von uns immer noch wahr haben wollen. Sicher kommt es dabei aber nicht so sehr auf die lange Dauer der Krankheit als vielmehr auf die lange Dauer des Anstaltsaufenthaltes mit seinen Folgeerscheinungen an, unter denen das Anstaltsgesicht und die Anstaltsgewohnheiten obenan stehen.

Aus der Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Buch (Direktor: Dr. *Bender*) und dem Institut für Infektionskrankheiten »Robert Koch« (Geheimrat Prof. *F. K. Kleine*).

Über den angeblichen Zusammenhang von Schizophrenie und Tuberkulose.

Von

Arno Warstadt, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt, und **W. A. Collier,** wissenschaftlichem Mitarbeiter am Institut »Robert Koch«.

Die erstmalig im Jahre 1919 von *Wolfer* aufgestellte Vermutung eines pathogenetischen Zusammenhangs zwischen Schizophrenie und Tuberkulose fand erst etwa zehn Jahre später stärkeren Widerhall. Mit dem Auftreten einer intensiver somatisch orientierten Richtung in der Psychiatrie, die auch zu Überbewertung somatisch-neurologischer Befunde führte, mehrten sich allgemein die Bemühungen, neben rein endogenen Gegebenheiten der Pathogenese der Schizophrenie auch solche exogenen Charakters zu finden und zu erhärten. Eine sehr wesentliche Rolle spielte hierbei die Tuberkulose. Mit besonderer Energie setzten sich für diese Auffassung französische Autoren ein. Auf Einzelheiten soll in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden.

Nachdem bereits eine große Reihe von Nachprüfungen vorlagen, die in Frankreich zu vorwiegend positiven, in Deutschland zu meistens negativen Resultaten führten, versuchten auch wir eine Nachprüfung mit Laboratoriumsmethoden. Wir nahmen dabei absichtlich Abstand von Versuchen, im Blut Schizophrener mittels besonderer Kulturverfahren Tuberkelbazillen nachzuweisen (*Löwenstein*), da wir mit anderen Nachprüfern die Methode noch nicht für ausreichend sicher und genau halten. Wir lehnten auch die sonst häufig geübten Überimpfungen von Liquor Schizophrener auf Versuchstiere zum Nachweis tuberkulöser Veränderungen an diesen (*Claude* u. a.) ab, insbesondere weil sich die meisten französischen Autoren in ihrer Beweisführung auf ein Ultravirus des Tuberkelbazillus stützen, das bisher noch keine Anerkennung gefunden hat, und weil wir uns nicht den Autoren anzuschließen vermögen, die Lymphdrüsenschwellungen oder ähnliche ätiologisch nicht zu klärende Veränderungen an den Versuchstieren als tuberkulosebedingt deuten wollen.

Wir beschränkten uns daher auf die serologische Untersuchung von Blut und Liquor Schizophrener und verglichen sie mit entsprechenden Untersuchungen der Körperflüssigkeiten anderer Geisteskranker. Zur Kontrolle wurden die *Wassermann*sche Reaktion, die Flockungsreaktion nach *Kahn*, die kolloidchemische *Siliquid*-Reaktion und in vereinzelten Fällen die Gonokokken-Komplement-Bindung nach *A. Cohn* durchgeführt. Außerdem wandten wir die *Koch*sche Tuberkulin-Reaktion mit subkutanen Gaben von 0.001, 0.005 und 0.01 Alttuberkulin an, die vielleicht immer noch die einwandfreiesten Resultate ergibt.

Als serodiagnostische Tuberkulosereaktion wurde die von *Blumenthal* modifizierte Komplementbindungs-Methode durchgeführt. Diese ergibt bei Lungentuberkulose in 91% positives Resultat. Die serodiagnostischen Syphilisreaktionen vermögen bei positivem Ausfall eine gleichzeitig positive Tuberkulosereaktion in Frage zu stellen und mußten aus diesem Grunde zur Kontrolle angestellt werden.

Über die Ergebnisse unserer Untersuchungen geben die nachfolgenden Tabellen Auskunft. Insgesamt wurden 92 Kranke untersucht, und zwar 53 Schizophrene (15 Katatone, 19 Hebephrene, 14 Paranoide und 1 Paranoider mit Lues, 3 Paraphrene und 1 Paraphrener mit Lues) und 39 Nicht-Schizophrene (24 Paralysen, 2 Lues cerebri, 13 nicht luigene Psychosen). In den Übersichten wurde, abgesehen von der Diagnose, zunächst die Dauer des Anstaltsaufenthaltes berücksichtigt. Nach diesem Kriterium erfolgte auch die Anordnung der einzelnen Fälle ein und derselben Diagnose, zumal die Behauptung einer Anstaltsinfektion in der Literatur eine gewisse Rolle spielt. Hervorzuheben ist hier, daß sich fast sämtliche untersuchte Kranke in dem Männeraufnahmehaus der Anstalt befanden, also einer »Anstaltsinfektion« besonders ausgesetzt sein mußten. Weiterhin wurde der Konstitutionstyp der Kranken berücksichtigt, um auch die leptosomen Körperbautypen genügend hervorzuheben. Die Rubrik »Vorgeschichte« enthält Angaben über Tuberkulose der Kranken selbst oder ihrer Angehörigen. Auf Vollständigkeit kann hier allerdings, wie so oft bei Anamnesen, kein Anspruch erhoben werden. Da unsere Untersuchungen jedoch schon länger als ein Jahr abgeschlossen sind, konnte bei einigen der untersuchten Kranken das Resultat durch eine Autopsie weiter gesichert werden. Aus Gründen einer besseren Übersicht wurden Tuberkulose-positive Autopsiebefunde bei der Vorgeschichte erwähnt. Es folgen dann die Resultate der Reaktionen (TbR.) in Serum und Liquor und der Ausfall der *Koch*schen Reaktion.

Tabelle 1. Schizophrenie — Katatonie.

Nr.	Anst.-Auf.	Körp.-bau	Vorgesch.		Serum			Liquor				KOCHsche Reakt.		
			eig.	Fam.	TbR	WaR	Kahn	TbR	WaR	Kahn	Sil.	0,001	0,005	0,01
6	neu	Lept.	in Jugd. Lung.-spitz. katarrh	Mutter tuberk.	o	o	o	o	o	o	o	+	.	.
19	neu	Pyk.	,,	oB.	++++	o	o	o	o	o	o	+	.	.
31	neu	Athl.	Obd. oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	.	.	.
78	neu	Lept. Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	±	.	.	.
71	6 Mon.	Lept.	Obd. oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	+	.
74	6 Mon.	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
84	6 Mon.	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	+
28	12 Mon.	Lept.	oB.	oB.	+	o	o	o	o	o	o	o	+	.
72	12 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
92	24 Mon.	Lept.	oB.	oB.	verdchtg.	o	o	o	o	o	o	o	o	+
29	36 Mon.	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	+	.	.
90	36 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	o	o	o	o	o?	o	o	o	o	o
13	48 Mon.	Lept.	fragl.	Mutter Tbc.	++++	o	o	o	o	o	o	o	o	o
89	60 Mon.	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	±
23	120 Mon.	Lept.-Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

Zeichenerklärung: + bis ++++ Stärke der positiven Reaktion
± : fraglich
o : negativ
o? : nicht glatt
. : nicht ausgeführt
TbR = Komplementbindungs-R. auf Tuberkulose
WaR = Wassermann'sche R. auf Syphilis
Kahn = Kahn'sche R. auf Syphilis
Sil. = Siliquid-Reaktion (nicht streng spezifisceh aber der Mastix-R. im allgemeinen gleichwertige kolloidale »Einglas«-Reaktion).
KOCHsche Reaktion = subcutane Inj. von Alt-Tuberkulin.

Tabelle 1.

Bei den 15 Katatonen finden wir zweimal stark positive TbR (19 und 13) einmal positive (28), einmal verdächtige (92) im Serum. Bei allen diesen ist der Liquor negativ, wie auch bei den anderen Fällen. Die Kochsche Tuberkulin-Reaktion (KR) ist in 3 Fällen stark positiv (6, 19, 29). Fall 19 mußte schon oben herausgehoben werden. Der zweite stark positive Fall ist durch eine Tbc-kranke Mutter gekennzeichnet. Das Serum zeigte aber auch eine positive Gonokokken-Komplementbindung. Berücksichtigen wir alle Kriterien eines stärkeren Tuberkuloseverdachts, so können wir 6 Kranke hervorheben (6, 19, 28, 92, 29, 13). Von diesen sind 2 Neuaufnahmen, die anderen befinden sich 1, 2, 3 und 4 Jahre in der Anstalt. 2 gestorbene Kranke waren tuberkulosefrei. 5 Verdächtige sind Leptosome, 1 ist Pykniker.

Tabelle 2. Schizophrenie—Hebephrenie.

Nr.	Anst.-Auf.	Körp.-bau	Vorgesch.		Serum			Liquor				KOCHsche Reakt.		
			eig.	Fam.	TbR	WaR	Kahn	TbR	WaR	Kahn	Sil.	0,001	0,005	0,01
9	neu	Lept.	Lung.-Dämpfung	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	+	.
14	neu	Lept.	Obd. oB.	oB.	±	o	o	o	o	o	o	.	.	.
22	neu	Lept.	oB.	Mutter Tbc	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
45	neu	Lept.	Geschl. Lung.-Tbc	Vater Tbc	+	o	o	o	o	o	o	o	+	.
46	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
47	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	.	o	o	o	o
48	neu	Pyk.	oB.	oB.	o ?	o	o	o	o	o	o	o	o	o
53	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	+
82	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
30	6 Mon.	Lept.	oB.	oB.	+	o	o	o	o	o	o	o	o	o
76	6 Mon.	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
38	12 Mon.	Lept.	oB.	Schw., Onkel Tbc	o	o	o	o	o	o	o	+	.	.
79	12 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	+	o ?	o	o	o	o	o	o	+	.
57	18 Mon.	Lept.	oB.	oB.	o ?	o	o	o	o	o	.	o	o	±
26	24 Mon.	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	+
7	36 Mon.	Lept.	früher Verd.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	±
8	36 Mon.	Lept.-Athl.	oB.	Mutter Tbc	+	o	o	o	o	o	o	o	±	.
2	60 Mon.	Athl.	oB.	oB.	+	o	o	o	o	o	o	o	±	.
5	60 Mon.	Lept.-Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	+	.

Tabelle 2.

Unter 19 Hebephrenen ist die TbR fünfmal positiv (45, 30, 79, 8, 2) und einmal zweifelhaft (14) im Serum. Dieser Fall zeigte bei der Obduktion keine Tuberkulose. Im Liquor war die TbR immer negativ. Die Kochsche Reaktion war einmal stark positiv (38). In diesem Fall finden sich tuberkulosekranke Verwandte. Der serumpositive Kranke 45 hat einen tuberkulösen Vater und ist selbst tuberkulosekrank. Eine tuberkulöse Mutter hat Fall 8, der ebenfalls serumpositiv ist. Als besonders tuberkuloseverdächtig können wir also 6 Kranke gelten lassen (45, 30, 38, 79, 8, 2), von denen 3 leptosom, 1 pyknisch, 1 athletisch und 1 asthenisch-athletisch sind. 1 Kranker war neu aufgenommen, 1 befand sich $^1/_2$, 2 ein ganzes, je einer 3 und 5 Jahre in der Anstalt.

Tabelle 3. Schizophrenie—Paranoide Form.

Nr.	Anst.-Auf.	Körp.-bau	Vorgesch. eig.	Vorgesch. Fam.	Serum TbR	Serum WaR	Serum Kahn	Liquor TbR	Liquor WaR	Liquor Kahn	Liquor Sil.	KOCHsche Reakt. 0,001	0,005	0,01
1	neu	Dyspl	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	±	.
4	neu	Lept.-Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	.	.	.
20	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	.	.	.
67	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
75	neu	Pyk.	oB.	Mutter Tbc	o	o	o	o	o	o	o	o	+	.
77	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
81	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
88	neu	Pyk.	oB.	oB.	o	o	o	±	.	.	.	o	o	+
10	6 Mon.	Lept.	oB.	oB.	++++	o	o	o	o	o	o	o	o	o
85	6 Mon.	Pyk.	Geschl. Lung.-Tbc	Mutter Tbc	.	.	.	+	o	o	o	.	.	.
15	12 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	±
87	18 Mon.	Lept.	oB.	oB.	+	o?	o	+	o	o	o	o	+	.
65	48 Mon.	Athl.	Obd. oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
91	120Mon.	Lept.	oB.	oB.	+	o	o	o	o	o	o	o	o	o
ferner paranoide Schizophrenie mit Lues:														
69	neu	Lept.	oB.	oB.	o	+	+	o	o	o	±	o	o	±

Tabelle 4. Schizophrenie—Paraphrenie.

Nr.	Anst.-Auf.	Körp.-bau	Vorgesch. eig.	Vorgesch. Fam.	Serum TbR	Serum WaR	Serum Kahn	Liquor TbR	Liquor WaR	Liquor Kahn	Liquor Sil.	KOCHsche Reakt. 0,001	0,005	0,01
27	neu	Athl.	oB.	oB.	+	o	o	o	o	o	o	o	o	+
54	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	.	.	.	o	o	+
64	12 Mon.	Pyk.	verd.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	+	.
ferner Paraphrenie mit Lues:														
73	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	+	o	±	o	o	o

Tabelle 3.

Diese Tabelle umfaßt 15 paranoide Schizophrenien, zu deren einer noch eine Lues gesellt ist. Bei diesem Kranken ist die TbR (bei positiven Luesreaktionen) negativ. Einmal fällt die TbR im Serum stark positiv aus (10), zweimal positiv (87, 91). Von diesen letzten zeigt einer auch im Liquor eine positive TbR (87), die wir im übrigen noch einmal finden (85). In diesem Falle wurde die TbR im Serum nicht geprüft. Dieser Kranke hat aber selbst eine geschlossene Lungentuberkulose und eine tuberkulöse Mutter. Starke KR wurde nicht gefunden. Tuberkuloseverdächtig sind demnach 4 Kranke (10, 85, 87, 91). Sie setzen sich aus 3 Leptosomen und 1 Pykniker zusammen. 2 befinden sich 6 Monate, 1 18 Monate und 1 10 Jahre in Anstaltsbehandlung. Auffällig ist hier die starke Beteiligung Leptosomer an der Tuberkulose im Verhältnis zur Zahl der paranoiden Leptosomen überhaupt.

Tabelle 4.

Sie umfaßt nur 4 Paraphrene, von denen einer außerdem Lues hat. Auch in diesem Falle ist die TbR negativ. Es findet sich ein im Serum Tbc-positiver Kranker. Die Tabelle bietet sonst nichts Wesentliches.

Tabelle 5. Lues.

Nr.	Anst.-Auf.	Körp.-bau	Vorgesch.		Serum			Liquor				KOCHsche Reakt.		
			eig.	Fam.	TbR	WaR	Kahn	TbR	WaR	Kahn	Sil.	0,001	0,005	0,01
Progressive Paralyse:														
11	neu	Pyk.	oB.	oB.	o	o	o	o	++++	+++	+	o	o	o
18	neu	Pyk.	oB.	oB.	±	+	+	±	++++	++++	++	·	·	·
21	neu	Lept.	oB.	oB.	±	++++	++++	±	++++	++++	++	o	o	·
35	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	++++	o	o	++++	±	·	·	·
42	neu	Athl.	oB.	oB.	o	+	+	±	+	+	+	o	o	o
43	neu	Lept.	früher Tbc	oB.	o	+	+	o	o	o	o	·	·	·
50	neu	Athl.	Obd. oB.	oB.	o	+	+	±	+	+	+	o	±	·
63	neu	Lept.-Athl.	Obd. oB.	oB.	o	±	+	o	+	+	++	o	o	o
80	neu	Lept.	oB.	oB.	+	+	+	+	+	+	+	o	o	o
36	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	+	o	+	+	+	o	o	o
52	6 Mon.	Lept.	Obdukt. Tbc +	oB.	o	o	o	·	++++	·	++	o	o	o
60	6 Mon.	Lept.	oB.	oB.	o	++++	+	o	+	+	++	o	o	o
62	6 Mon.	Lept.	oB.	oB.	o	++	+	±	+	+	+	o	o	o
59	6 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	o?	++++	+	±	+	+	±	o	o	o

Tabelle 5.

In dieser Tabelle ist die erste Gruppe des Vergleichsmaterials zusammengefaßt, das durch die Lues von den anderen Vergleichsfällen abgegrenzt ist. Unter diesen 26 Kranken mit progressiver Paralyse und Lues cerebri befinden sich 4, die an Tuberkulose leiden oder gelitten haben. Bei einem von ihnen ist die Diagnose durch die Sektion gesichert (52). 3 von ihnen sind leptosom, einer pyknisch (43, 52, 86, 58). In einem

Tabelle 5 (Fortsetzung).

Nr.	Anst.-Auf.	Körp.-bau	Vorgesch. eig.	Vorgesch. Fam.	Serum TbR	Serum WaR	Serum Kahn	Liquor TbR	Liquor WaR	Liquor Kahn	Liquor Sil.	KOCHsche Reakt. 0,001	KOCHsche Reakt. 0,005	KOCHsche Reakt. 0,01
Progressive Paralyse:														
40	12 Mon.	Athl.	oB.	oB.	o	+	+	o	o	o	±	o	+	.
44	12 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	o	+	+	±	+	+	+	o	±	.
61	12 Mon.	Lept.	Obd. oB.	oB.	.	.	.	±	+	+	++	o	o	o
68	12 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	±	+	+	o	o	+	+	o	o	o
70	12 Mon.	Athl.	oB.	oB.	o	o	+	o	o	+	±	o	.	.
86	12 Mon.	Pyk.	Geschl. Tbc	oB.	.	.	.	+	+	+	++	.		.
41	18 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	o	o?	+	o	+	+	+	o	o	+
12	24 Mon.	Pyk.	Obd. oB.	oB.	o	o	o	o	++++	++++	+	+	.	.
3	36 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	++++	o	o	o	o	+++	+	o	+	.
16	60 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	o	o?	+	o	o	o	+	o	o	+
Lues cerebri:														
58	neu	Lept.	früher Tbc	oB.	+	o	o	.	.	.	.	o	o	+
32	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	±	o	o	o

Fall ist die TbR im Serum positiv (58), in zweien negativ (43, 52). Fall 43 hat auch eine negative TbR im Liquor, während sie in einem Fall positiv ist (86). Ohne klinische Anhaltspunkte für Tuberkulose wurde die TbR im Serum noch einmal stark positiv gefunden (3) bei gleichzeitig negativen Luesreaktionen. Der Liquor reagierte in diesem Fall Tb-negativ. Einmal fielen Serum und Liquor gleichzeitig Tb-positiv aus (80). Hier sind auch alle Luesreaktionen positiv. Verhältnismäßig häufig sind

aber in dieser Tabelle die zweifelhaften oder verdächtigen Tb-Reaktionen. Sie sind bei 8 Kranken im Liquor anzutreffen (18, 21, 42, 50, 62, 44, 59, 61). Viermal ist eine derartige Reaktion im Serum vorhanden (18, 21, 59, 68). Damit decken sich 3 zweifelhafte Reaktionen im Serum mit solchen im Liquor. In allen Fällen zweifelhafter Tb-Reaktionen sind die Luesreaktionen positiv. In 2 Fällen konnte durch Sektion die Frage nach der Tuberkulose bei Kranken mit zweifelhaften Tb-Reaktionen geklärt werden: Beide hatten keine Tuberkulose (50, 61). Die Kochsche Reaktion war nur einmal stark positiv, und zwar in einem Fall, bei dem die Sektion keine Tuberkulose nachweisen konnte (12). So bleiben aus dieser Gruppe mit begründetem Tuberkuloseverdacht nur die 4 oben genannten Kranken mit entsprechenden anamnestischen Angaben übrig, dazu wohl 1 Fall, bei dem trotz negativer Luesreaktionen im Serum die Tb-Reaktion positiv ausgefallen ist (3). Dieser ist Pykniker. Die Dauer des Anstaltsaufenthaltes ist folgende: 2 sind Neuaufnahmen, die anderen leben seit $^1/_2$, 1 und 3 Jahren in der Anstalt.

Tabelle 6. Nichtluische Erkrankungen.

Nr.	Anst.-Auf.	Körp.-bau	Vorgesch. eig.	Vorgesch. Fam.	Serum TbR	Serum WaR	Serum Kahn	Liquor TbR	Liquor WaR	Liquor Kahn	Liquor Sil.	KOCHsche Reakt. 0,001	0,005	0,01
Arteriosklerosis cerebri:														
34	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	.	.	.
66	neu	Lept.	oB.	oB.	o	±	o	o	o	o	o	o	o	o
24	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	.	.	.
Apoplexie:														
49	neu	Pyk.	Obd. früher Tbc+	oB.	+	o	o	o	o	o	o	.	.	.
Epilepsie:														
83	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	+
17	neu	Lept.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	+	.
Psychopathie:														
37	neu	Pyk.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	+
39	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	±	o	o	o	o	o	+
Chorea Huntington:														
51	neu	Lept.	Obd. Tbc+	oB.	±	o	o	o?	o	.	.	.	.	.
Imbezillität:														
56	neu	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	.	.	.	o	o	o
Involutionspsychose:														
55	6 Mon.	Athl.	oB.	oB.	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Tumor cerebri:														
33	12 Mon.	Athl.	oB.	oB.	±	o	o	.	.	.	.	o	o	o
Manisch-depressive Psychose:														
25	12 Mon.	Pyk.	oB.	oB.	±	o	o	o	o	o	o	o	o	o

Tabelle 6.

Diese Tabelle bringt eine Übersicht über die restlichen sich aus verschiedenen Krankheiten zusammensetzenden Vergleichsfälle. Lues ist nicht darunter. Unter ihnen befinden sich 2 Kranke, bei denen die Tuberkulose durch Sektion gesichert worden ist (49, 51). Bei ihnen ist die TbR im Serum einmal positiv, einmal zweifelhaft, im Liquor einmal völlig, einmal nicht glatt negativ. Sonst finden sich noch 3 zweifelhafte TbR im Serum, ohne daß weitere Anhaltspunkte für Tuberkulose vorhanden wären. Insgesamt sind so 5 Fälle als tuberkuloseverdächtig anzusprechen (25, 49, 51, 39, 33). Unter ihnen befinden sich 3 athletische, 1 leptosomer und 1 pyknischer Körperbautyp. Die Zeiten des Anstaltsaufenthaltes verteilen sich folgendermaßen: 3 sind Neuaufnahmen, 2 sind 1 Jahr in der Anstalt.

Es erscheint zweckmäßig, die beiden großen Gruppen von schizophrenen und nicht-schizophrenen Erkrankungen abschließend gegenüberzustellen.

Die Schizophreniegruppe bietet folgendes Bild: Sie umfaßt 53 Schizophrene. Unter ihnen können 17 als besonders tuberkuloseverdächtig gelten (32,1%)[1]. Obwohl diese Ziffer zweifellos den Mangel einer gewissen Unsicherheit auf sich nehmen muß, da die angewandten Untersuchungsmethoden nicht mit der Sicherheit von Sektionsbefunden wetteifern können, ist doch bemerkenswert, daß sie mit den von vorsichtigen Pathologen gefundenen Hundertsätzen weitgehend übereinstimmt. Dem Körperbautyp nach sind 29 aller Schizophrenen leptosom und 5 leptosom-athletisch, also 64,2%, denen nur 8 athletische (15,1%), 10 pyknische (18,9%), und 1 dysplastischer (1,9%) Typ gegenüberstehen. In der Gruppe der Tuberkuloseverdächtigen sind sogar 12 leptosom oder gemischt-leptosom, also 70,6%. Diese Ziffern sprechen eher dafür, daß man Beziehungen der Tuberkulose zum leptosomen Habitus suchen soll, als zur Schizophrenie.

Diese Annahme erfährt eine weitere Stützung durch die Zusammenstellung des Anstaltsaufenthaltes unserer Kranken. Allgemein sind von den Schizophrenen 25 = 47,2% Neuaufnahmen, 7 = 13,2% befinden sich 6 Monate, 6 = 11,3% 1 Jahr, 4 = 7,5% 2 Jahre, 4 = 7,5% 3 Jahre, 2 = 3,8% 4 Jahre, 3 = 5,7% 5 Jahre und 2 = 3,8% 10 Jahre in der Anstalt. In der Gruppe der Tuberkuloseverdächtigen aber sind nur 4 = 23,5% Neuaufnahmen, während sich 3 = 17,6% 6 Monate, ebensoviele 1 Jahr, gleichmäßig 2 = 11,8% 2 und 3 Jahre und je einer = 5,9% 4, 5 und 10 Jahre in der Anstalt befinden. Wäre die Annahme pathogenetischer Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schizophrenie berechtigt, müßte angenommen werden, daß gerade bei den Neuaufnahmen ein

[1]) Die Hundertsätze sollen keine Allgemeingültigkeit haben, sondern nur die Übersicht erleichtern.

höherer Hundertsatz tuberkuloseverdächtiger Schizophrener gefunden werden müßte, da ja in diesem Falle die Schizophrenie nur eine andere Form der Tuberkulose sein könnte. Gerade das Umgekehrte aber ist bei unseren Untersuchungen der Fall. Je länger die Kranken sich in der Anstalt befinden, desto positiver reagierten sie auf unsere Untersuchungen nach Tuberkuloseverdacht. Es dürfte zweifelsohne interessant sein, in einigen Jahren dieselben Kranken noch einmal zu untersuchen. Besonders deutlich wird diese Tatsache übrigens bei der direkten Gegenüberstellung der beiden Gruppen: Von 25 Neuaufnahmen sind 4 tuberkuloseverdächtig, von 7 mit $^1/_2$jährigem Anstaltsaufenthalt 3, von 6 mit einjährigem Anstaltsaufenthalt 3, von je 4 mit zwei- und dreijährigem Anstaltsaufenthalt je 2, je einer von 2 mit vierjährigem, 3 mit fünfjährigem und 2 mit zehnjährigem Anstaltsaufenthalt. Diese Befunde erscheinen trotz der Beschränkung auf eine verhältnismäßig kleine Zahl nicht unwichtig und legen nahe, die Erklärung der verhältnismäßig zahlreichen Tuberkulosebefunde bei Sektionen Schizophrener nicht in einem Zusammenhang von Tuberkulose und Schizophrenie, sondern in der für Leptosome hinsichtlich tuberkulöser Infektion ungünstigen Massenanhäufung durch die Anstaltsinternierung zu suchen.

Die einzelnen Schizophreniegruppen unserer Untersuchungsreihe gesondert zu betrachten, erscheint uns wertlos, weil dann die Zahlen zu klein werden, als daß sich noch einigermaßen sichere Schlüsse ziehen ließen. Wesentliche Unterschiede lassen sich bei unserer Untersuchung auch nicht aufweisen.

Unsere Vergleichsuntersuchungen vermögen die oben gezogenen Schlüsse zu bestätigen. Die Beurteilung der Gruppe luischer Erkrankungen des Zentralnervensystems ist allerdings dadurch erschwert, daß positive Luesreaktionen auch die Tuberkulosereaktion zu beeinflussen vermögen. Aus diesem Umstand erklären sich die zahlreichen zweifelhaften Tuberkulosereaktionen dieser Gruppe. So kann nur bei 5 von 26 Kranken ein bestimmter Tuberkuloseverdacht angenommen werden, obwohl die Möglichkeit und vielleicht sogar Wahrscheinlichkeit besteht, daß sich noch weitere Tuberkulöse in dieser Gruppe befinden. Die 5 würden nur 19,2% aller luisch Kranken gegenüber 32,1% der Schizophrenen ausmachen. Tatsächlich ist aber der Hundertsatz in Wirklichkeit sicherlich höher.

Aufschlußreicher erscheint die Gruppe der nichtluischen Psychosen. Unter diesen 13 Kranken sind 5 tuberkuloseverdächtig, also 38,5% gegenüber 32,1% bei den Schizophrenen. Auch die innere Struktur dieser Gruppe ist anders als die der schizophrenen Tuberkuloseverdächtigen. Dem Körperbau nach ist nur einer leptosom (20% gegen 70,6% bei Schizophrenie), 1 pyknisch (20%

gegen 17,6%) aber 3 athletisch (60% gegen 11,8%). Hier spricht also weniger der Habitus und seine Begünstigung einer tuberkulösen Infektion eine Rolle. Unter diesen Kranken haben vielmehr schon verhältnismäßig mehr ihre Infektion mitgebracht. Das kommt auch darin zum Ausdruck, daß 3 (60% gegen 23,%) Neuaufnahmen sind.

Zusammenfassung.

Auf Grund immunbiologischer Untersuchung an 92 Krankenfällen (53 Schizophrene, 39 Nicht-Schizophrene) darf man die behaupteten Beziehungen der Tuberkulose zur Schizophrenie ablehnen. Dagegen scheint sich deutlich ein Zusammenhang der Tuberkulose mit dem leptosomen Habitus zu ergeben.

Die Wandlung des klinischen Bildes der progressiven Paralyse in den letzten Jahrzehnten.

Von

Oberarzt Dr. **Alexander Orbán**, Leiter der psychiatrisch-neurologischen Abteilung des »Budai Ambulatoriums« in Budapest.

In den letzten Jahrzehnten war die Wandlung des klinischen Bildes der progressiven Paralyse öfters Gegenstand von Erörterungen und die Mehrzahl der Autoren gelangte zu dem Schluß, daß einzelne Erscheinungsformen der Paralyse eine gewisse Verschiebung erlitten haben.

Wenn man sich an die zahlreichen vor und während des Weltkrieges gesehenen Paralysefälle erinnert, welche mit ihrem schrankenlosen, megalomanischen Seelenleben und tobender, oft unstillbarer Unruhe eine erschütternde Wirkung ausübten, so kann man feststellen, daß die allmähliche Wandlung dieses Bildes in den vergangenen zwanzig Jahren sich vor unseren Augen abspielte. Diese Wandlung geht so weit, daß derartige Formen der Paralyse fast gar nicht mehr vorkommen. Diese Beobachtung veranlaßte mich, mich mit dieser Frage eingehender zu beschäftigen und zu versuchen, den Grad und, wenn es möglich ist, »das Wie« der klinischen Veränderung der Paralyse näher zu beleuchten.

Zur Lösung dieser Aufgabe untersuchte ich zwanzig Jahre zurückgehend (von 1913 bis Ende 1932) ungefähr 1000 Fälle, teils auf Grund der alten Krankheitsgeschichten und Aufzeichnungen des *Schwartzer*'schen Institutes, teils ebenfalls auf Grund von Krankheitsgeschichten und gleichzeitigen eigenen Untersuchungen in der Königl. Ung. Nervenheil- und Irrenanstalt in Angyalföld (Budapest) und in der psychiatrisch-neurologischen Abteilung des Herrn Privatdozenten *Richter*.

Das Krankenmaterial der drei Anstalten rekrutierte sich aus den verschiedensten Gesellschaftsschichten und Berufszweigen, teils aus der Hauptstadt, teils aus der Provinz. Dieser Umstand ermöglichte es uns, unsere Folgerungen bis zu einem gewissen Grade zu verallgemeinern und auf das ganze Paralytiker-Material zu beziehen. Es muß noch bemerkt werden, daß ein Teil des Materials vom Jahre 1914 bis zum Jahre 1918 — also aus den Kriegsjahren — stammt, wodurch uns die Möglichkeit gegeben wurde, auch die Kriegserfahrungen zu verwerten.

Die datenmäßige Gruppierung und statistische Verarbeitung eines größeren Materials stößt auf große Schwierigkeiten und es

haben deshalb alle statistischen Arbeiten gewisse Fehler. Die Beurteilung der Fälle ist vor allem der subjektiven Wertung des Untersuchers unterworfen, andererseits handelt es sich, wie das auch bei der Paralyse zu sehen ist, um exakt nicht umschreibbare und streng bestimmbare klinische Bilder und um psychische Staten inkonstanten Inhaltes.

Seit *Westphal* wissen wir, daß die Paralyse nicht immer unter einem einheitlichen Bilde erscheint. Der Verlauf kann auch große Wandlungen, Schwankungen zeigen. Es ist oft schwierig, das Symptomenbild einer einheitlichen Form zuzuordnen, weil die Symptome der verschiedenen Erscheinungsformen miteinander kombiniert, gemeinsam erscheinen können. Es können bei ein und demselben Kranken gleichzeitig nebeneinander die extremsten Symptome vorkommen. Man muß weiterhin den Umstand in Betracht ziehen, daß das Krankheitsbild manchmal eine eigenartige, endogene Färbung zeigen kann. Oft sieht man auch, daß die Paralyse sich gleichzeitig mit anderen Psychosen kombiniert.

Unter Berücksichtigung der vorhandenen Schwierigkeiten war ich bestrebt, die Fehlerquellen nach Möglichkeit zu eliminieren und nur die sicher als Paralyse annehmbaren Fälle zu verarbeiten. Die durch Wandlung des Krankheitsbildes bedingten Störungen versuchte ich auf die Weise zu vermeiden, daß ich immer den bei der Aufnahme beobachteten psychischen Status als richtungsgebend ansah und auf Grund dessen die Einteilung traf. Wenn nun derselbe Kranke mehrmals in die Anstalt aufgenommen wurde, so war das bei der ersten Aufnahme gebotene Bild maßgebend. Als Zeitpunkt des Krankheitsbeginns, um über einen bestimmten Anhaltspunkt zu verfügen, nahm ich ähnlich wie *Gudden, Thomsen* und *Ruzicska* das Datum der Institutsaufnahme an. Die Beobachtungen erstrecken sich nicht bis zum Exitus, sondern bloß auf die Dauer des Institutsaufenthaltes. Bei der genauen Bestimmung der ganzen Krankheitsdauer berücksichtigte ich nur die Fälle, welche ganz bis zum Tod verfolgt werden konnten.

Da in der Wandlung des klinischen Bildes der Paralyse nur die spontane, natürliche Änderung den Gegenstand unserer Untersuchung bildete, waren wir bestrebt, alle störenden exogenen Momente, beziehungsweise jene Fälle auszuschließen, bei welchen solche Faktoren mitspielten. Aus diesem Grunde verwendete ich auch jene Fälle nicht, bei welchen der Kranke eine Malariakur durchmachte, beziehungsweise zog ich den Status vor der Impfung heran, wenn er mir zur Verfügung stand.

Unter Einhaltung der obigen Einschränkungen mußten 180 Fälle ausscheiden und ich konnte nur 824 Fälle verwerten.

Auf Grund der Symptomenbilder ließen sich die Fälle in folgende typische Krankheitsformen gruppieren:

1. Die einfache Demenz ist die zurzeit am häufigsten vorkommende Erscheinungsform der Paralyse, bei welcher die Demenz schon vom Anfang des Leidens an das Krankheitsbild beherrscht. Während bei anderen Erscheinungsformen der Paralyse das Krankheitsbild ziemlich bunt, stürmisch und abwechslungs-

reich ist, treten hier die Begleitsymptome, die psychomotorischen Unruhen, gegenüber der Demenz völlig in den Hintergrund.

In der letzten Zeit beobachteten wir bei der einfachen Demenz öfters einen depressiven und paranoid-schizoiden Einschlag; am auffallendsten ist es aber, daß im letzten Jahrzehnt die Leere und Verödung des Geisteslebens äußerst stark in den Vordergrund tritt und in den meisten Fällen auch Wahnideen und Sinnestäuschungen völlig fehlen.

2. Das Krankheitsbild der expansiv-agitierten Paralyse wird von jenen Fällen dargestellt, welche der alten, sogenannten »klassischen Paralyse« entsprechen. Die expansiven Formen waren oft mit Alkoholismus und Psychopathie vergesellschaftet.

3. Bei der galoppierenden Paralyse sahen wir die schwersten psychischen Bilder. Es gehören zu meinen traurigsten Erinnerungen die Fälle, welche ich vor 15—20 Jahren oft sah, daß robuste, kräftige Menschen oft in Wochen oder Tagen zusammenbrachen und vor unseren Augen zugrunde gingen.

Nach *Bostroem* wird das anatomische Bild der galoppierenden Paralyse durch einen hochgradigen Zerfall des Nervenparenchyms, lebhafte bindegewebige Reaktion und mehr Spyrochäten als gewöhnlich charakterisiert. Nach seiner Auffassung ist es möglich, daß das Bild der galoppierenden Paralyse demjenigen ähnlich ist, welches wir bei den Psychosen vom exogenen Prädilektionstyp sehen. Auf die Wichtigkeit dieser Definition kommen wir später noch zurück.

4. Unter Übergangs- beziehungsweise einfach-agitierten Formen faßten wir in einer besonderen Gruppe jene Fälle zusammen, welche weder unter die einfachen, noch unter die expansiv-agitierten Formen eingereiht werden konnten, sondern zwischen den beiden einen Übergang bilden.

5. Bei der depressiven Paralyse fanden wir einen melancholischen, depressiven Zustand, pathologische Verstimmtheit, welche aber nicht so intensiv und konstant ist, wie bei der endogenen Melancholie und auch schon demente Züge aufweist.

6. Bei den Paralysen von zirkulärem Typ, deren häufiges Vorkommen auch *Joßmann* beobachtete, sah ich den Wechsel von depressiven und manischen Zuständen in Intervallen von einigen Tagen bis zu einem halben Jahr. Bei diesen Kranken war oft der für die prämorbide Persönlichkeit charakteristische zykloide Charakter oder ein zirkuläres Irresein manchmal mit mehreren Zyklen aufzufinden.

Öfters stieß ich auf verschiedene schizoide Züge und schizophrene Bilder, welche ich aber in keine besondere Gruppe zusammenfaßte, weil die Gliederung des Materials nach einem anderen Gesichtspunkte erfolgte. Besonders oft sah man sie dort,

wo eine präformierte Bereitschaft, eine Neigung vorhanden war, also bei prämorbid schizoid-psychopathischen Individuen, und dort, wo man in der Familie erbliche Belastung, Psychopathie, alkoholische Entartung usw. fand. Wie es von *Somogyi* und *Angyal*, *Nyirö*, *Petrovits* und *Tokay* so trefflich beschrieben wurde, wirkt die schizophrene Belastung als endogene Gegebenheit pathoplastisch auf die Paralyse als exogene Krankheit. Im allgemeinen machte ich die Erfahrung, daß im letzten Jahrzehnt die schizophrenieartigen Paralysen ständig zunehmen.

Die Verschiebung der klassischen (expansiven, agitierten, galoppierenden) Paralyse in die Richtung nach der einfachen Demenz hin kann — nach unserer Literatur — auf eine mehr als 70jährige Vergangenheit zurückblicken, wie das von *Mendel* für die Zeit von 1868—1898, von *Pilcz* für 1870—1875 und von *Pick* für 1873—1889 beschrieben wurde. *Pilcz* untersuchte 400 Fälle, u. zw. 200 im Jahre 1900, aus dem Krankenmaterial der Wiener Psychiatrischen Klinik, wo er die Diagnose auch durch Sektion bekräftigte und 200 aus den Jahren 1870—1875 auf Grund von Krankengeschichten und fand er, daß von 1870—1900 die megalomanischen, galoppierenden und agitierten Formen zurückgegangen, die einfach dementen und die katathonischen Erscheinungsformen dagegen häufiger geworden sind. *Pilcz* wies an der Hand von anderen Daten auch nach, daß die Krankheitsdauer von 1870 bis 1900 wesentlich länger wurde und es auch mehrere und andauerndere Remissionszustände gab.

Tabelle 1.

Die Häufigkeit der expansiven und einfach-dementen Paralyse zu verschiedenen Zeiten:

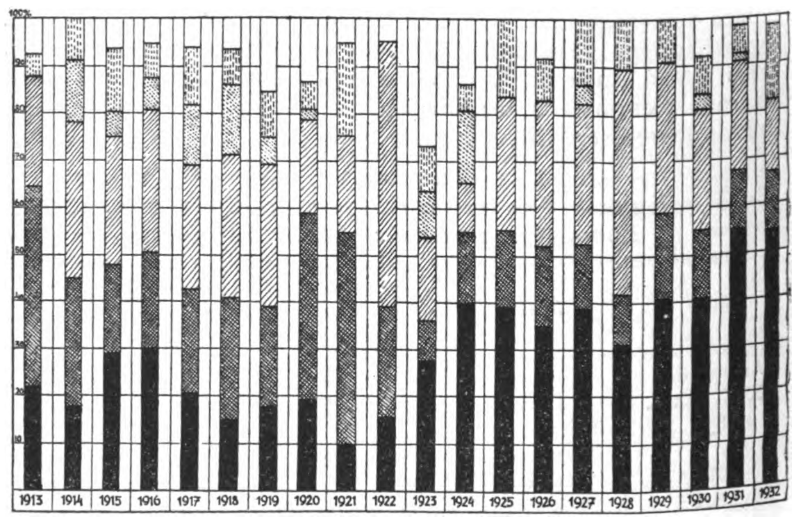
Jahr	Autor	Gesamtzahl der Kranken	Expansive Paralyse	%	Gesamtzahl der Kranken	Einfache Demenz	%
Anfang des XIX. Jahrh.	Bayle	85	52	63.4	—	—	—
1859	Brierre de Boismont	100	64	64	—	—	—
1880	Mendel	180	55	30.6	180	37	20.5
1889	Scholinus	194	24	12.4	194	70	36.1
1928—1932	Verfasser	229	30	13.1	229	114	49.8

Obige Tabelle zeigt deutlich den starken Rückgang in der Zahl der expansiven Formen von der Mitte des vorigen Jahrhunderts (1859) bis heute; sie sank von 64% bis auf 13.1% herab und zur gleichen Zeit stieg die Zahl der dementen Form mächtig an: von 20.6% bis ungefähr auf 50%.

Tabelle 2.
Krankheitsformen pro 10 Jahre.
An Hand von 820 Fällen.

Krankheitsformen	Jahre 1913—1922 Zahl der Kranken	%	1923—1932 Zahl der Kranken	%	Insgesamt Zahl der Kranken	%
Einfache Demenz	104	20.9	148	45.9	252	30.9
Übergang zwischen einfachen und agitierten Formen	142	28.5	75	23.3	217	26.3
Expansive Formen	129	25.9	44	13.7	173	21.1
Galoppierende Form	39	7.8	4	1.2	43	5.2
Depressive Form	47	9.5	38	11.8	85	10.4
Zirkuläre Form	37	7.4	13	4.1	50	6.1
Insgesamt	498	100	322	100	820	100

Hystogramm zur Tabelle 2.
Krankheitsformen nach der Jahresstastitik.



In der Tabelle 2 demonstriere ich am eigenen Material an Hand von 820 Fällen die Metamorphose des klinischen Bildes der Paralyse in den letzten zwei Dezennien, in dem Zeitraum von 1913—1932. Man sieht in den letzten 20 Jahren

eine wesentliche Wandlung in der Häufigkeit der einzelnen klinischen Formen. Am auffallendsten ist die mächtige Zunahme der einfachen Demenz gegenüber der hochgradigen Verminderung der expansiv-agitierten Form und das sehr seltene Vorkommen der galoppierenden Form.

Meine Angaben stimmen mit *Kraepelin*s Ergebnissen, der im Material der Heidelberger und Münchner Kliniken 58.9% einfache Formen fand, wie auch mit den Beobachtungen von *Hoche, Bumke, Wilmanns* und *Kihn* überein, die das Zurücktreten der akuten, stürmischen Formen gegenüber der einfachen Demenz ebenfalls betonen. *Power T. D.* gelangte bei seinen im Jahre 1907 und 1922 an je 100—100 Kranken ausgeführten vergleichenden Untersuchungen zu einem ähnlichen Resultate.

Tabelle 3.
Die einfache Demenz auf Grund von Mitteilungen der letzten 15 Jahre.

Autoren	Sämtliche Paralytiker	Einfach demente Form	%
Angyal und Schultz (Psychiatr.-Neurol. Klinik, Budapest)	117	49	41.8
Hegedüs (Nervenabt. des St. Stefan-Hospitals, Budapest)	217	132	60.8
Jossmann und Bonhoeffer (Material der größeren Nervenheilanstalten, Berlin)	über 2000	1668	62
Neymann, Clarence, Osborne (Chicago)	26	16	61.2
Balaban und Molotschek (Halbinsel Krim, Rußland)	—	—	66.9

Auf Grund all dieser Angaben kann nach meiner Meinung mit Recht gefolgert werden, daß das klinische Bild der Paralyse seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts sich gemildert hat.

Bei der Beschreibung der Metamorphose, bzw. Verschiebung des klinischen Bildes der Paralyse blieben wir die Antwort auf die wichtigste Frage schuldig: wodurch ist die Wandlung bedingt, was ist ihre Ursache?

Bei der Behandlung dieses Problems stößt man auf eine Fülle von Theorien und Eventualitäten, keine von ihnen gibt aber einen auch nur annähernd befriedigenden Anhaltspunkt oder gar eine sichere Erklärung. Es muß angenommen werden, daß die Veränderung des klinischen Bildes durch eine Veränderung jener Faktoren bedingt ist, welche die Paralyse hervorrufen.

Es ist noch die Möglichkeit vorhanden, daß im Laufe der Zeit die Symptome und der Verlauf der Geisteskrankheiten auch eine spontane Änderung erfahren können. So sieht man, daß auch die endogenen Psychosen, wie z. B. das manisch-depressive Irresein oder die Schizophrenie heutzutage ebenfalls verhältnismäßig stiller und milder verlaufen, als früher.

Auch Nervenleiden können eine symptomatologische Wandlung erfahren, wie *Bing* es von der multiplen Sklerose und *Balassa* auch von anderen Nervenkrankheiten feststellte.

Die Lues selbst hat, wie das auch schon von *Fournièr* festgestellt wurde, ihren Charakter geändert. Während sie in den alten Zeiten eine mit schweren Symptomen einhergehende Krankheit von vehementem Verlauf darstellte und einen ausgedehnten Gewebszerfall in und unter der Haut bedingte, ist ihr Verlauf heute viel milder und latenter. Dort, wo Haut-, Schleimhaut- und Knochenlues häufig ist, gibt es weniger metaluetische Leiden und dort, wo Metalues häufig auftritt, fehlen wieder meist die Hautsymptome.

Die Ursache der Veränderungen kann auch die Wandlung des Organismus, bzw. seiner konstitutionellen Eigenart und Widerstandsfähigkeit sein. Auf Grund der neueren Theorien ist auch möglich, daß in der Entstehung der Paralyse die Abnahme der immun-biologischen Kräfte eine Hauptrolle spielt.

Bei Erklärung der Wandlung des paralytischen Bildes müssen wir uns auch mit histopathologischen Momenten beschäftigen. *Somogyi* sagt in der Erklärung des Mechanismus der Fiebertherapie: »In der Histopathologie der Paralyse spielen zwei Hauptfaktoren eine Rolle; der eine ist der Prozeß der ektodermalen Veränderungen, d. h. der Untergang des spezifischen Nervengewebes, der Nervenzellen und -fasern, der andere der Prozeß der mesodermalen Veränderungen: die bindegewebigen, entzündlichen, infiltrativen Erscheinungen. Der Verlauf der ektodermalen Alterationen ist langsam und von progressivem Charakter, äußert sich nicht in stürmischen Symptomen und zeigt klinisch die demente Form. Die mesodermalen Veränderungen offenbaren sich in stürmischen, akuten Symptomen, wie man dies bei den infektiösen Delirien, Amentia usw. sieht, bei welchen die mesodermalen, entzündlichen Veränderungen schwere Verstörtheit, Unruhe, Agitation, Desorientierung usw. bedingen.« Ein ähnliches Bild bekommen wir in den schwersten Fällen der Paralyse zu sehen: beim galoppierenden und schweren expansiv-agitierten Typ. Da wir uns nun überzeugt haben, daß das Erscheinungsbild der Paralyse sich verschoben hat, u. zw. in dem Sinne, daß auf Kosten der expansiv-agitierten und galoppierenden die einfache Form ein Übergewicht erlangte, muß im Sinne der obigen Erörterungen angenommen werden, daß im Ge-

hirn eine gewisse pathologisch-anatomische Verschiebung erfolgen mußte. Auf Kosten der mesodermalen, infiltrativ entzündlichen Prozesse müssen die ektodermalen Veränderungen ein Übergewicht erlangt haben. Auf Grund dieser Auffassung wäre es verständlich, daß es heute mehr einfache Paralysen gibt, weil ein wesentlicher Teil der Kranken zur Zeit ihrer luetischen Erkrankung mehreren spezifischen Kuren unterzogen wurde. Nun erfolgt nach *Jahnel* und *Räcke* und anderen Autoren durch die spezifische Behandlung eine Rückbildung der mesodermal-infiltrativen entzündlichen Prozesse, während die ektodermalen Parenchymveränderungen nicht beeinflußt werden können.

Bei der Wandlung des klinischen Bildes blieb der im Prodromalstadium der Paralyse auftretende seit langem gutbekannte neurasthenische Zustand, den ich fast regelmäßig sah, unverändert.

Das Prodromalstadium und die Latenzzeit.

Die kürzeste Dauer des Prodromalstadiums war drei Tage, die längste 8 Jahre, der Durchschnitt 1.3 Jahre. Unser letzter Wert stimmt mit den Angaben der meisten Autoren ungefähr überein, bei denen die prodromale Zeit im Mittelwert zwischen 1 und 1.5 Jahre wechselt: bei *Pick* 1 Jahr, bei *Ascher* 1 Jahr, bei *Heilbronner* 1 Jahr und 7 Monate, bei *Junius* und *Arndt* 1 Jahr und $6^3/_4$ Monate. Bei der Bestimmung der Latenzzeit haben wir als Beginn den Zeitpunkt der Anstaltsaufnahme genommen. In 238 Fällen waren entsprechende Angaben zu erhalten:

Der kürzeste Zeitraum war in 1 Fall 3, in 1 Fall 4 Jahre, der längste Zeitraum war in 1 Fall 39 Jahre.

Die durchschnittliche Latenzzeit war 17.9 Jahre, während des Krieges von 1914—1918 15.5 Jahre.

Die Inkubationszeit bewegte sich in den meisten Fällen zwischen 8 und 25 Jahren.

Wenn man meine Daten mit denen *Ruzicska*s, *Junius*' und *Arndt*s vergleicht, so fällt besonders auf, daß bei mir die Zahl der Fälle mit längerer Inkubationszeit wesentlich größer ist als bei jenen. Während nämlich die Fälle mit einer Latenzzeit von 21—30 Jahren bei *Ruzicska* 21%, bei *Junius* und *Arndt* 17% betrugen, erreichen sie bei mir 27.2%. Der Unterschied wird noch deutlicher, wenn man die Inkubationszeiten von 21—40 Jahren in Betracht zieht. Diese betragen bei Ruzicska 25%, bei mir 32.6%. Die von mir gefundene durchschnittliche Latenzzeit von 17.9 Jahren ist ebenfalls höher, als bei den meisten älteren Autoren: *Ruzicska* gibt 16.5, *Hoche* 14.5, *Pernet* 15.8, *Sarbó* 11 bis 15, *Junius* und *Arndt* 15 Jahre und 2.4 Monate, *Jahnel* 10 bis

Tabelle 4.
Latenzzeit.

An Hand von 238 Fällen.

Jahr	Zahl der Fälle	%	Jahr	Zahl der Fälle	%
1	—	—	21	4	1.7
2	—	—	22	15	6.3
3	1	0.4	23	9	3.7
4	1	0.4	24	6	2.5
5	5	2.1	25	12	5
6	8	3.3	26	3	1.2
7	1	0.4	27	3	1.2
8	13	5.4	28	1	0.4
9	2	0.8	29	2	0.8
10	23	9.6	30	10	4.2
11	6	2.5	31	2	0.8
12	11	4.6	32	3	1.2
13	6	2.5	33	—	—
14	6	2.5	34	2	0.8
15	13	5.4	35	1	0.4
16	7	2.9	36	—	—
17	5	2.1	37	2	0.8
18	13	5.7	38	2	0.8
19	7	2.9	39	1	0.4
20	32	13.4	—	—	—
		Insgesamt		238	100

15 Jahre an. Die von mir gefundene Latenzzeit kommt den von *Bostroem* gefundenen 17 Jahren am nächsten. Unter den neueren statistischen Angaben ist die von der Königl. Ung. Nervenheil- und Irrenanstalt Angyalföld in Budapest angegebene Latenzzeit im Durchschnitt ebenfalls hoch, am häufigsten zwischen 10 und 20 Jahren. Auch *Lomholt* in Dänemark erhielt einen höheren Wert bei der Untersuchung von 180 Kranken. Die durchschnittliche Latenzzeit war bei ihm 18.6 Jahre.

Betrachten wir nun, wie die Latenzzeit der klinisch einen geänderten Charakter aufweisenden Paralyse gegenüber den älteren Fällen sich verhält.

Als durchschnittliche Latenzzeit fand ich in den Jahren 1913 bis 1922 16.2 Jahre, in den Jahren 1923—1932 20 Jahre, sie stieg also in den letzten 10 Jahren wesentlich, ungefähr um vier Jahre. Aus allen diesen Daten kann mit Recht der Schluß gezogen werden, daß die Latenzzeit im Verhältnis zu den vergangenen Zeiten auch heute noch im Wachsen begriffen ist.

In den Kriegsjahren 1914—1918 war die Latenzzeit kürzer: 15.5 Jahre, was ebenfalls beweist, daß der Krieg mit seinen Strapazen den Ausbruch der Paralyse förderte. *Pilcz* und mehrere Autoren fanden keine Änderung der Latenzzeit während der Kriegsjahre.

Die Gruppierung nach dem Alter zeigt, daß die Paralyse eine um so längere Latenzzeit hat, in je späterem Alter sie auftritt; während die durchschnittliche Latenzzeit zwischen dem 26. und 35. Jahr 11.7 Jahre beträgt, dauert sie zwischen dem 56. und 65. Jahr 28.1 Jahre. Meine diesbezüglichen Erfahrungen widersprechen den Angaben *Bumke*s und *Meggendorfer*s, nach welchen die Latenzzeit mit fortschreitendem Alter kürzer wird, bestätigen dagegen *Kirschbaums* Beobachtungen, welcher im höheren Alter in der Mehrzahl der Fälle eine lange Latenzzeit fand.

Ich untersuchte an Hand von 238 Fällen auch die äußerst wichtige und bedeutende Frage der Wirkung der Behandlung auf die Inkubationszeit. Unter 238 Fällen waren 140 unbehandelt und 98 behandelt.

Durchschnittliche Latenzzeit war bei den Behandelten 18.2 Jahre, bei den Unbehandelten 17.9 Jahre. Es zeigt sich also ein Plus von 0.3 Jahre zugunsten der Behandelten. Wir müssen also mit *Mattauschek* und *Pilcz* sagen, daß es in der Latenzzeit behandelter und unbehandelter Paralytiker keinen wesentlichen Unterschied gibt. Die mir zur Verfügung stehenden Daten bestätigen weder die Angaben von *Wilmanns*, *Steiner*, *Sarbó*, *Ruzicska*, *Fischer*, *Dinkler*, *Schuster* und *Sézary*, nach welchen die antiluetische Kur die Latenzzeit der Neurolues bzw. Paralyse verkürze, noch die Angabe *Joßmann*s, daß die unbehandelten Fälle die längste und von den behandelten die intensiver behandelten eine kürzere Inkubationszeit hätten, als die schwach behandelten.

Wir müssen also — unter anderen mit *Gržebin* und *Tapelson* — sagen, daß für den Ausbruch der Paralyse auch die ungenügende Behandlung nicht als Ursache herangezogen werden kann. Ein Teil unserer Kranken wurde regelmäßig und intensiv behandelt, der größere Teil sämtlicher Kranken dagegen gar nicht und bei beiden Gruppen kam die Paralyse ebenso zustande, wie bei den ungenügend Behandelten. Dagegen halten wir die uns zur Verfügung stehenden Fälle für zu wenig, um Folgerungen ziehen und uns von *Fourniérs* Behauptung überzeugen zu können, daß die energische und systematische Behandlung der Lues imstande sei, den Ausbruch der Neurolues zu verhüten. Es scheint uns, daß der Standpunkt *Rohtströms* den Tatsachen am nächsten kommt: »Zurzeit haben wir keinen sicheren Anhaltspunkt,

um annehmen zu können, daß eine vorausgegangene antiluetische Behandlung — deren Art und Intensität — auf die Latenzzeit in positiver oder negativer Richtung einen Einfluß hätte.«

Was nun die Dauer der Krankheit anbelangt, habe ich bei deren Feststellung nur die Fälle berücksichtigt, welche ich von der Anstaltsaufnahme bis zum Tode verfolgen konnte. Es gab insgesamt 250 solcher Fälle und sie ergaben folgendes Resultat:

Kürzeste	Krankheitsdauer	3 Tage
längste	„	12 Jahre
durchschnittliche	„	2.1 Jahre

Durchschnittliche Krankheitsdauer in der Zeit

von 1913 bis 1917	2.3 Jahre
„ 1918 „ 1922	1.9 „
„ 1923 „ 1927	2.3 „

Die Wandlung des klinischen Bildes bedingte keine Änderung der Krankheitsdauer. Die meisten Todesfälle kommen — wie in den meisten Statistiken — in den ersten drei Jahren vor. Besonders groß ist in meiner Statistik die Sterbeziffer in dem ersten Jahr, deren Ursache zum Teil vielleicht auch darin zu suchen ist, daß ein bedeutender Teil der Kranken sich aus den Kriegs- und Nachkriegsjahren zusammenstellte. Andererseits handelt es sich mit einzelnen Ausnahmen um Fälle, welche mit Malaria nicht behandelt wurden. Es ist noch erwähnenswert, daß ich auch längere Krankheitsdauer beobachtete u. zw. in 5 Fällen je 7 Jahre und je in einem Fall 8, 9, 10 und 12 Jahre.

Tabelle 5.
Krankheitsdauer nach Lebensalter in 10jährigen Intervallen.

Lebensalter	Sämtliche Kranken	%	Durchschnittliche Krankheitsdauer
26—35	39	15.3	2.2 Jahre
36—45	110	42.6	2.1 Jahre
46—55	88	34.4	2.0 Jahre
56—65	18	7.1	1.6 Jahre

Man sieht, daß die Krankheitsdauer in höherem Alter kürzer wird. Während sie z. B. zwischen dem 26. und 35. Jahr 2.2 Jahre beträgt, macht sie zwischen dem 56. und 65. Jahr nur noch 1.6 Jahr aus. Dies stimmt mit den Beobachtungen *Junius'* und *Arndt* und *Kraepelin*s überein, widerspricht aber denen *Ascher*s und *Kaes'*, welche im höheren Alter eine längere Krankheitsdauer beobachteten.

Das Auftreten der Paralyse in verschiedenen Lebensaltern.

Wir haben insgesamt 829 Fälle (731 Männer und 98 Frauen) verarbeitet.

Tabelle 6.
Lebensalter.

An Hand von 829 Fällen.

Jahr	1913—1932		Insgesamt	%	Jahr	1913—1932		Insgesamt	%
	Männer	Frauen				Männer	Frauen		
26	1	—	1	0.1	51	23	1	24	2.9
27	2	2	4	0.5	52	17	1	18	2.1
28	4	1	5	0.6	53	25	1	26	3.1
29	8	—	8	1	54	22	1	23	2.8
30	12	3	15	1.8	55	14	—	14	1.6
31	12	1	13	1.6	56	15	—	15	1.8
32	19	6	25	3	57	9	—	9	1.1
33	12	4	16	1.9	58	7	1	8	1
34	18	6	24	2.9	59	7	1	8	1
35	23	8	31	3.7	60	8	1	9	1.1
36	27	2	29	3.4	61	3	—	3	0.3
37	30	2	32	3.8	62	1	—	1	0.1
38	35	7	42	5	63	5	—	5	0.6
39	31	7	38	4.5	64	3	—	3	0.3
40	27	7	34	4	65	2	1	3	0.3
41	26	3	29	3.4	66	2	1	3	0.5
42	36	6	42	5	67	1	—	1	0.1
43	34	2	36	4.3	68	1	—	1	0,1
44	39	6	45	5.4	69	4	—	4	0.5
45	38	5	43	5.1	70	—	—	—	—
46	21	1	22	2.6	71	1	—	1	0.1
47	32	3	35	4.2	Insgesamt	731	98	829	100
48	26	3	29	3.4					
49	25	3	28	3.3					
50	22	1	23	2.8					

Das jüngste Alter, in welchem Paralyse auftrat, war in meinem Material das 26. Jahr, das höchste das 71. In dem Alter von 26—30 Jahren findet man die Paralyse verhältnismäßig selten, in dem von 31—35 Jahren kommt sie schon dreimal so häufig vor. Im 36. und 37. Lebensjahr bewegt sie sich ungefähr auf demselben Niveau, dagegen nimmt sie vom 37. bis zum 46. Jahr allmählich zu und erreicht den maximalen Wert zwischen den 38. und 42—45. Jahren. Im Alter von 46—56 Jahren wird sie allmählich seltener und kommt darüber hinaus nur noch vereinzelt vor.

In meinem eigenen Material und z. B. auch bei *Ruzicska* sind die Lebensjahre 40—45 am häufigsten vertreten. Dagegen sind bei den meisten älteren Autoren die Fälle zwischen dem 36. und 40. Lebensjahr am häufigsten. Während früher in den meisten Fällen das Durchschnittsalter beim Auftreten der Paralyse das 41. und 42. Lebensjahr war (bei *Guddens* 42.1 Jahr, bei *Junius* und *Arndt* 42 Jahre und 7.5 Monate; ähnliche Werte fanden auch *Mendel, Hoppe* und *Thomsen*), war das Durchschnittsalter in meinem Material bei Männern 44.4 Jahre, bei Frauen 40.8 Jahre, auf sämtliche Kranken bezogen 44.1 Jahre. Im Verhältnis zu den früheren Fällen verschob sich also die Zeit des Auftrtens der Paralyse ungefähr um 3 Jahre gegen das höhere Alter hin. Das durchschnittliche Morbiditätsalter der Frauen (40.8 Jahre) ist ungefähr um 3/4 Jahr geringer, als bei *Junius* und *Arndt*, welche 41 Jahre und 6 Monate fanden und während bei ihnen das durchschnittliche Morbiditätsalter der Frauen um 1 Jahr und 1.5 Monate niedriger ist, als das der Männer, ist es bei mir um 3.6 Jahre niedriger.

Betrachtet man das Auftreten der Paralyse nach den verschiedenen Lebensaltern, so sieht man, daß sie zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr am häufigsten vorkommt. Während aber die Fälle, welche in einem Alter über 50 Jahre auftreten, bei *Junius* und Arndt 11%, bei Ruzicska 20.4% betragen, findet man bei mir einen noch höheren Wert: 21.8%.

Von neueren Autoren machte *Lomholt* ähnliche Erfahrungen. Er fand, daß die Zeit des häufigsten Auftretens der Paralyse von dem 35.—45. Jahr sich gegen das 40.—50. Lebensjahr verschob und das Durchschnittsalter beim Auftreten der Paralyse das 44.5 Lebensjahr war.

Die Häufigkeit der Paralyse.

Tabelle 7.

Krankenumsatz in der Anstalt *Schwartzer*.

Jahr	Sämtliche Kranken			Paralytiker				Insgesamt	
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	%	Frauen	%	Zahl der Kranken	%
1900	172	85	257	80	31.1	2	0.8	82	31.9
1905	214	106	320	110	34.4	4	1.2	114	35.6
1910	277	146	423	127	30	15	3.5	142	33.5
1922	131	96	227	30	13.2	1	0.4	31	13.6
1927	143	97	240	46	19.2	1	0.4	47	19.6
1932	150	106	256	51	19.9	3	1.2	54	21.1

Man sieht also, daß die Paralyse von 1900 bis 1932 eine sinkende Tendenz zeigte; während sie vor 32 Jahren (1900)

31.9% sämtlicher in die Anstalt aufgenommener Fälle bildete, machte sie 1922 nur noch 13.6% aus; von da bis 1932, als sie 21% erreichte, stieg sie wieder an; auch so ist aber die Abnahme von 1905 bis 1932 noch immer 14.5%. *Hudovernig* verarbeitete das Material des St. Johannes Krankenhauses von 1910 bis 1924 und fand während dieser Zeit ein Sinken der Paralyse von 41% auf 19%. Eine ähnliche Abnahme fand *Zsakó* (von 1909 bis 1927) in der Irrenanstalt von Angyalföld, *Fabinyi* (von 1915 bis 1925) in sämtlichen ungarischen Irrenanstalten, *Ruzicska* (von 1909 bis 1927) an der Budapester Psychiatr.-Neurol. Klinik.

Auch die in einem jüngst erschienenen Festband der Irrenanstalt in Angyalföld mitgeteilten Angaben demonstrieren die Abnahme der Morbidität der Paralyse anschaulich. Die ausländischen Statistiken sind nicht einheitlich, doch berichten die meisten Autoren ebenfalls über ein Sinken der Häufigkeit der Paralyse in den letzten Jahrzehnten. Als Endergebnis können wir also, sowohl auf Grund der eigenen, wie auch auf Grund der Mitteilungen anderer ungarischer Autoren im Einklang mit den meisten diesbezügl. Angaben der Weltliteratur — abgesehen von sehr wenigen Ausnahmen — feststellen, daß die Morbidität der Paralyse im allgemeinen im Sinken begriffen ist, obwohl in den letzten Jahren ein gewisser Anstieg der Morbidität auch bei uns festzustellen ist.

Tabelle 8.

Familienstand.

An Hand von 820 Fällen.

	Sämtliche Kranken	%	Die 44jährigen der Gesamtbevölkerung Ungarns im Jahre 1920 in %
Verheiratete Männer .	540	66	
Verheiratete Frauen .	61	7	
insgesamt	601	73	84
Ledige Männer	141	17	
Ledige Frauen	27	3	
insgesamt	168	20	6.8
Geschiedene Männer .	22	3	8.3
Geschiedene Frauen..	29	4	0.9
insgesamt	820	100	100

Bei Verheirateten ist das Auftreten der Paralyse öfters zu sehen (73%) als bei Unverheirateten (20%). Wenn man aber unser Resultat mit der im Jahre 1920 festgestellten Verhältniszahl sämtlicher 40—44jährigen des Landes vergleicht, findet man,

daß die verheirateten Paralytiker unter dieser Verhältniszahl bleiben, während die Verhältniszahl der ledigen Paralytiker dreimal so hoch ist, als die der Gesamtbevölkerung. Dies entspricht der Ansicht *Krafft-Ebings* und *Kraepelins*.

Prüft man, in welchem Jahre der Ehe die Paralyse auftritt, so findet man am häufigsten eine 6—10jährige Dauer der Ehe, 25.4% sämtlicher Fälle, danach folgt eine 11—15jährige Dauer der Ehe, 20% sämtlicher Fälle.

Die kürzeste	Ehedauer	war	2	Monate
„ längste	„	„	40	Jahre
„ durchschnittliche	„	„	14.1	„

Die destruktive Wirkung der Paralyse bzw. der sie verursachenden Lues und die große Gefahr, welche sie in bevölkerungspolitischer Hinsicht in sich birgt, zeigt nichts eklatanter, als die hochgradige Unfruchtbarkeit der Paralytiker-Ehen. Während bei der Gesamtbevölkerung des Landes die kinderlosen Ehen nur 17.9% betragen, figurieren sie bei den Paralytikern in unserem Land mit 46.8%. Die Ehen mit einem oder mehreren Kindern weisen auf die Gesamtbevölkerung bezogen 86.1%, bei den Paralytikern nur 53.2% auf. Diese Zahlen sprechen für sich statt jeder sonstigen Auseinandersetzung. Man sieht nicht nur, daß die Zahl der kinderlosen Ehen eine sehr ansehnliche ist (*Herschl*, *Mendel*, *Naecke*, *Hübner*), sondern auch, daß es in den nicht kinderlosen Familien von Paralytikern meistens nur 1, höchstens 2 Kinder gibt (69%), im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung des Landes (35%). Dagegen ist die Zahl der Familien mit mehreren Kindern wesentlich geringer (31%), als die der Gesamtbevölkerung (64.7%).

Tabelle 9.

Verteilung der Paralytiker nach Wohnort.

An Hand von 702 Fällen.

	1913—1917	1918—1922	1923—1927	1928—1932	Sämtliche Fälle	%	Gesamtbevölkerung Ungarns 1920 in %
Land	102	51	29	39	221	31	82
Städte	174	135	69	103	481	69	18
Insgesamt .	276	186	98	142	702	100	100

Von der Gesamtbevölkerung entfallen auf die Städte doppelt soviel Paralytiker wie auf das Land, im Gegensatz zu der Verteilung der Gesamtbevölkerung nach Wohnort. Dies hat aber keine regionäre Bedeutung, sondern hat ihre Ursache ein-

fach darin, daß in den Städten die Prostitution größer, die Lues verbreiteter ist und dementsprechend auch ihre späteren Äußerungsformen häufiger auftreten. *Grżebin* und *Tapelson* fanden in Rußland an der Smolensker Klinik dasselbe Resultat und stellten auch fest, daß die Ansicht falsch ist, daß die städtische Bevölkerung in größerem Maße an Paralyse erkrankte, als die ländliche Bevölkerung.

Tabelle 10.
Verteilung nach Beruf.
An Hand von 821 Fällen.

	1913—17	1918—22	1923—27	1928—32	Insgesamt Fälle	Insgesamt %	Gesamtbevölkerung Ungarns 1920 in %
Geistesarbeiter	132	72	23	48	275	35	9.5
Kaufmann	49	41	18	34	142	17	9.7
Handwerker	17	23	5	57	102	12	29.5
Soldat	68	35	46	13	162	19	1.3
Landwirt	24	14	6	4	48	6	26.2
Arbeiter	4	5	—	51	60	8	4.5
Sonstige	12	11	3	6	32	5	19.3
Insgesamt	306	201	101	213	821	100	100

Die meisten unserer Paralytiker gehören zu den Geistesarbeitern. Dies spricht aber nicht für eine besondere Disposition, sondern ergab sich daraus, daß in dieser Rubrik die verschiedensten geistigen Berufe (Beamter, Rechtsanwalt, Arzt, Ingenieur, Lehrer usw.) zusammengefaßt wurden. Andererseits rekrutierte sich unser Privatanstaltsmaterial aus wohlhabenden, intellektuellen Kreisen und so ist natürlich auch ihre Prozentzahl eine größere. Die Zahl der Soldaten ist deshalb größer, als sie der Gesamtbevölkerung entspricht, weil es sich um das Material von vier Kriegsjahren handelt.

Zusammenfassung.

Wenn man die Geschichte der Paralyse überblickt, so sieht man, daß die Paralyse im Laufe der Zeiten eine Wandlung durchmachte. Sie hatte in den ersten Zeiten eine mit schwerer Unruhe einhergehende, stürmische und alarmierende Periode, wurde aber nach diesem akuten Stadium gebändigter und büßt nun an ihren fürchterlichen Äußerungen und wilder Kraft ständig ein. Diese Verschiebung und Milderwerden des klinischen Bildes ist seither nach unseren Angaben ständig im Gange und hält auch noch heute an, obzwar zeitweise gewisse Schwankungen zu beobachten sind. Die Expansivität wurde von einem

ruhigeren, milderen, affekt- und emotionsarmen Bild abgelöst, so daß heutzutage die Form der einfachen Demenz die gewohnte und charakteristische, dagegen die expansive, die alte klassische Form die seltene und die galoppierende Paralyse sogar in völligem Aufhören begriffen ist.

Beim symptomatologischen Bild der einfach dementen Form tritt die Öde und Leere des Geisteslebens, die Verarmung an Wahnideen und Sinnestäuschungen besonders in den Vordergrund.

Im Verlauf der Paralyse veränderten sich im Laufe der Zeit der prodromale neurasthenische Zustand und die körperlichen und neurologischen Symptome nicht besonders. Die Krankheitsdauer wird mit höherem Alter kürzer. Was den Familienstand anbelangt, kommt die Paralyse bei Ledigen verhältnismäßig häufiger vor als bei Verheirateten. Man sieht ihr Auftreten bei Verheirateten am häufigsten im 6.—10. Jahr der Ehen, welche fast zur Hälfte (46.8%) kinderlos, unfruchtbar sind. Nach Wohnort erkranken in den Städten mehr als doppelt soviel (69%) als auf dem Lande (31%). Nach Beruf führen die Geistesarbeiter (33%). Die Ursache der beiden letzten Erscheinungen ist aber weder in dem Wohnort, noch in dem Beruf zu suchen, sondern bloß in der leichteren Möglichkeit in den Städten eine luetische Infektion zu erwerben.

Die weiteren Äußerungen des Milder- und Gutartigerwerdens der Paralyse sind außer den bisher erörterten, das Milderwerden der schweren vegetativen Störungen und Ausfälle (*Bostroem* und *Reichardt*), die Verringerung der Morbidität (*Halpern*, *Pilcz*, *Bonhoeffer*, *Power*, *Ruzicska*, *Hudovernig*, *Zsako*, *Fabinyi*, *Orbán*), die Verlängerung der Latenzzeit (*Bostroem*, *Ruzicska*, *Lomholt*, *Orbán*), die Verschiebung des Erkrankungsalters gegen die älteren Jahrgänge hin (*Antonoff*, *Power*, *Rothström*, *Lomholt*, *Kafka*, *Kraepelin*, *Ruzicska*, *Orbán*).

Die auch ohne Malariakur auftretenden häufigen und dauernden Remissionen sind auch ein Zeichen, daß das Leiden weniger rapid, gutartiger, in seiner Progredienz chronischer wurde. Dafür spricht auch, daß einzelne Autoren, wie *Pilcz*, *Toni*, *Schmiedt-Kraepelin* auch eine Verlängerung der Krankheitsdauer beobachtet haben. Dies konnte ich an meinem Material nicht bestätigen. Man darf hoffen, daß *Hoche* und die Autoren, welche sich seiner Theorie anschließen, Recht behalten werden, daß die Paralyse in der Geschichte der Lues eines Volkes bloß eine Episode bildet und — so wie sie entstand — im Laufe der Zeiten eventuell nach Jahrhunderten auch aufhören wird.

Literatur.

Angyal L., und *Schultz, G.:* Zur Bedeutung der Konstitution bei der progr. Paralyse. Arch. f. Psych. B. 96. H. 4. 1932.

Antonoff, I.: Statistik der syphil. Geisteskrankheiten von 1911—1930 zu Sofia. Conf. sur la Syphilis en Bulgarie. 1932.

Balaban, N., und *Molotschek, A.:* Progr. Paralyse bei den Bevölkerungen der Krim. Allg. Z. Psych. 94 (1931).

Balassa, L., Elme-és idegbetegségek átalakulása az utolsó évtizedekben. Therapia IX. 1932.

Bonhoeffer, K., und *Jossmann, P.:* Ergebnisse der Reiztherapie bei progr. Paralyse. Abhandl. aus d. Neur. u. Psych. Hefte 65. 1932. Berlin, Verl. Karger.

Bostroem, A.: Handbuch der Geisteskrankheiten von Bumke. VIII. B. Spez. Teil IV. S. 248.

Bumke, O.: Handbuch der Geisteskrankheiten. B. VIII. u. XI.

Frey, E.: Über klinische Formen der Tabes. Zeitsch. f. die ges. Neur. und Psych. B. 14. S. 21 (1913).

Grïebin, Z., und *Tapelson:* Gewisse konstitutionelle Momente in der Entwicklung d. progr. Paralyse. Venerol. 7. Nr. 6 u. Nr. 7 (1930) (russisch).

Halpern, L.: Beitrag zur Nosobiologie der progr. Paralyse. Archiv f. Psychiatr. 94. 1931.

v. Hegedüs, L.: A központi idegrendszeri syphilis maláriás kezeléséről. Orv. Hetilap. 1932. 22. sz.

Hoche, A.: Dementia paralytica. Handb. der Psych. Spez. Teil 5. Abt. 1912.

Hudoverning, K.: Kommentárok egy tizenötévi betegforgalomhoz. Moravcsik Emlékkönyv 1926. 135. old.

Jahnel, F.: Die progressive Paralyse. Berliner Klinik. H. 417. 1930.

Junius, P., und *Arndt, M.:* Beitrag zur Statistik der progr. Paralyse. Arch. f. Psych. B. 44. H. I., II., III. (1908).

Kafka, František: Klinisches, pathologisches, anatomisches über Zerebrospinallues. Rev. Neur. 28. (1931). (tschechisch).

Kihn, Berthold: Einige Bemerkungen zum Paralyseproblem. Allg. Ztschr. f. Psychtr. 94 (1931).

Kirschbaum, Walter: Über Frühparalysen. Zeitschrift f. Neur. Nr. 137 (1931).

Kraepelin-Lange: Lehrbuch der Psychiatrie. 1927. IX. Auflage Seite 1145.

v. Lehotzky: Beiträge zum anatomischen Bilde der mit Malaria behandelten Paralysis progr. Arch. f. Psych. B. 86. Heft 3.

Lomholt, Esbern: Zur Beleuchtung der Inkubationszeit der Paralyse. Hosp. Aid. 1931. II. 1175—1182 (dänisch).

Mendel, E.: Welche Änderungen hat das klinische Bild der progr. Paralyse in den letzten Dezennien erfahren. Neur. Zentrlbl. XVII. S. 1035. 1898.

Neymann, Clarence A. a. S. L. Osborne: The Areatment of dementia paralytica with hyperpyrexia produced bey diathermyc. Amer. Med. Assoc. 1931.

Pennacchi, Fabio: Rilievi statistico-clinici sulla paralysi progressiva nell' Umbria. Ann. hosp. psych. Perugia. 26. 1932.
Pernet, I.: Über die Bedeutung von Erblichkeit für das klinische Bild der progr. Paralyse. Abhandl. aus der Neur.-Psych. Heft II. 1917. Verl. Karger.
Petersen, Magnus, C.: Age incidence of paralysis. Americ. I. Psychiatry. 12. H. 1932.
Pick, A.: Die Diagnose der progr. Paralyse in ihrem prodromal Stadium. Prager Med. Wochenschr. S. 447. 1889.
Pilcz, A., Lehrbuch der speziellen Psychiatrie 1926. VII. Aufl. S. 151.
—: Über Änderungen des klinischen Bildes der progr. Paralyse im Laufe der letzten Dezennien. Wiener Med. Wochenschr. Nr. 40. S. 2203. 1906.
—: Krieg und progr. Paralyse. Wien. Kl. Wchschrft. 29. Jahrg. 1916 und Wien. M. Wschft. 67. Jahrg. 1917.
Power, T. D.: The ethiology of general paralysis of the insane. I. ment. Sci. 76 (1930).
Redallié, L.: Les typs reactionelles psychiques. Ann. med.-psychol. 90. I. 1932.
Rothström, G. E. A.: Über die Häufigkeit der dementia paralysis in Helsingfors 1904—1928. Finska Läk. säallsk. Hdl. 72 (1930) (schwedisch).
Ruzicska, A.: Über einige statistische Probleme der Paralyse. Psych.-neur. Wochenschr. Nr. 18/19. 1929.
Sarbó, A.: Syphilis és idegrendszer. Budapest 1921.
Schaffer, K.: Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. 1901.
Sézary, A., et *Barbé, A.:* Le paralysie general dans la population rurale. Ann. d. dermat. II. 1931.
Simon, T.: Gehirnerweichung der Irren. Hamburg. 1871.
Somogyi, J., und *Angyal, L.:* Das Vorkommen von schizophrenen Bildern bei der progr. Paralyse. Zeitschrift f. d. g. Neur. und Psych. B. 146. H. 1—2.
Somogyi, J., Büchler, P., und *Lehotzky*, T.: A paralysis progressiva ellenes gyógykezelésről. Orvosképzés 1927. I. füzet.
Szepesi, J.: Az Angyalföldi Magy. Kir. Elme-és Ideggyógyintézet betegforgalma. 1884—1933. A Budapesti Angyalföldi Intézet Emlékkönyve 1934.
Szél, Tivadar: Az elmebetegség, mint tömegjelenség. Magy. Statisztikai Szemle. 1929. 453 és 589. oldal.
Tokay, L.: Die schizophrene Form der Dementia paralytica progressiva. Psych.-Neur. Wochenschrift 1930. II. 263/64.
Wilmanns: Erfolge der Reiztherapie bei progr. Paralyse. Jahresversammlung des deutsch. Ver. f. Psych. 1931.
—: Lues, Paralyse, Tabes. Klinische Wochenschrift IV. Jahrgang Nr. 23 bis 24. 1925. Seite 1097 und 1145.

Buchbesprechung.

Bruno Petermann: Das Problem der Rassenseele.

Das Buch hat sich zur Aufgabe gemacht, die theoretischen Grundlagen der Rassenpsychologie zu vertiefen, indem es zugleich den Anschluß an das bisher nicht nur auf dem Gebiet der Rassenkunde, sondern auch auf dem Gebiet der Gesamtpsychologie und Erbbiologie Erarbeitete herstellt. So wird zunächst ein kurzer Abriß der somatischen Rassenkunde gegeben und eine Darstellung der konkreten rassenpsychologischen Verschiedenheiten hinzugefügt, wie sie *Günther, Clauß* u. a. gegeben haben. Mit deren Aufstellung läge eine petitio principii vor, die aufzuheben Aufgabe einer vertieften Rassenpsychologie sei. Dies geschehe noch nicht ausreichend durch die kulturanalytischen Versuche etwa eines *A. Gehring, Mc Dougall, Huntinton* — die im einzelnen wiedergegeben werden — obwohl bei diesen eine Fülle konkreter seelischer Rassenunterschiede zur Beobachtung und Darstellung kommen. Vielmehr sei eine systematische Problemanalyse notwendig. Für diese lassen die bisher meist verwendeten Testmethoden, trotz mancher Hinweise, die sie geben können, im Stich. Testuntersuchungsreihen bleiben nach Anlage und Ausmaß im Grunde wirklichkeitsfern. Viel tiefer führt die ausdrucksanalytische Untersuchung nach *Clauß,* deren wesentliche Ergebnisse ebenfalls dargestellt werden. Der entscheidende Einwand liegt darin, daß *Clauß* häufig gar keine Ausdrucksanalysen, vielmehr eine Eindrucksbeschreibung gebe. Nur dadurch sei der innere Widerspruch möglich, daß *Clauß* auf der einen Seite behaupte, man bleibe immer am eigenen Rassenstil gebunden, auf der anderen Seite aber zur Analyse der fremden Rasse das energische Miterleben fordere. Unbeschadet derartiger und anderer Einwände, die *Petermann* macht, erkennt er aber die tiefschürfenden Untersuchungen von *Clauß* weitgehend an, er vermißt nur bei *Clauß* die Einfügung seiner Ergebnisse in das System biologischer Beziehungen. Dies habe *Clauß* bei seiner strengen Scheidung von Biologie und Psychologie gar nicht versucht. Den Anschluß an die Biologie gewinnt die Rassenpsychologie nur von der Erblehre her, und zwar indem sie besonders die Fälle untersuche, in denen rassische Körperformen und rassische Seelenstruktur nicht übereinstimme. Derartige Untersuchungen können nur von einer Psychologie angestellt werden, die nicht mehr atomistisch elementar, sondern strukturell vorgeht und gleichzeitig im Sinn eines »höheren Mendelismus« die besondere Formen und Möglichkeiten der Gen-Koppelung und Gen-Kombination als Sonderprinzipien in sich begreift. Es besteht in Wirklichkeit niemals ein Aggregat gegenständlicher Elemente sondern vielmehr ein funktionelles ineinander unterschiedlicher Potenzen. Tatsächlich liegen bereits auf einem anderen Gebiete analoge Untersuchungen vor; in den Kretschmerschen Untersuchungen über Körperbau und Charakter. Hier wird auch an einem biologisch gerichtetem Beispiele gezeigt, wie sich in derartigen Untersuchungen eine konkrete Erbbiologie einfügen könnte. Es werden im An-

schluß daran die wichtigsten Ergebnisse der Erbpsychologie insbesondere auch der Zwillingsforschung kritisch besprochen. Das Ergebnis ist, daß zwar für die Rassenpsychologie brauchbare Ansätze in ihnen vorliegen, aber noch keine bleibenden Leistungen, daß alles viel zu sehr in der Kasuistik stecken bleibe und noch nicht wahrhafte Psychologie sei. Es fehle sehr oft die Rückbeziehung der seelischen Leistungen der Untersuchten auf das funktionelle Gefüge der Person. An dem Beispiel der Frage der Berufsvererbung erörtert nun der Verfasser die Beziehungen zwischen Leistungen und funktionellem Seinsgefüge, indem er sich dabei an die Auffassung der Begriffe Aufmerksamkeit und Perseveration anschließt, wie sie in der *Pfahler*schen Schule entwickelt sind. Er gibt den *Pfahler*schen Untersuchungen eine mehr biologische Wendung, indem er in einer längeren theoretischen Darlegung schließlich zu dem Ergebnis kommt, daß es sich in den Grundfunktionen der Aufmerksamkeit und Perseveration »um Urbestimmungen des seelischen Seins handelt, die unmittelbar der letztlich vitalen Gesamteigenart des leibseelischen Einzelwesens zugehören« (erbdynamische vitale Fernsphären). Indem hier vitale Sachverhalte einer umfassenden Betrachtung unterworfen werden, gewinnt man Einblick in den Gesamtbestand ursprünglich spezifischer Ansprechbarkeiten, von dem aus die Besonderheiten des Welterlebens wie des Verhaltens letzthin bestimmt erscheinen. Es werden nun die konkreten Ansätze hierzu aufgezeigt und nachgewiesen, wie sich die bisher bekannten rassenpsychologischen Tatsachen dem Grundsatz fügen, daß rassenseelische Anlagen nur in den erbdynamischen vitalen Fernsphären liegen können. »Sekundärfixierungen« können sich freilich anschließen, das wird an Hand der Untersuchungen von *Mc Dougall*, *Günther* und *Clauß* für die einzelnen Rassen noch genauer aufgezeigt und in einem Schlußkapitel die Möglichkeit einer konstruktiven Erklärung rassenseelischer Charakterstärke erörtert.

Das Buch bedeutet sicher eine wesentliche Vertiefung der begrifflichen Orientierung und einen Fortschritt durch die Art, wie es die rassenpsychologischen Problematiken an den gegenwärtigen Stand der allgemeinen psychologischen Erblehre heranträgt.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER
HEIDELBERG

HUNDERTUNDVIERTER BAND



BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1936

Es wurden ausgegeben:
Heft 1/6 (S. 1—256) am 3. II. 1936
Heft 7/8 (S. 257—416) am 15. IV. 1936

Archiv-Nr. 58 05 36

Inhalt.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über das Irrenwesen im Ausland. XXV.

Kleinere Mitteilungen.

Autoren-Register

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER

HEIDELBERG

OFFIZIELLES ORGAN DER
PSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDVIERTER BAND
ERSTES BIS SECHSTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 3. FEBRUAR 1936



BERLIN UND LEIPZIG 1936

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGSBUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./6. Heft.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Originalien.

Kleinere Mitteilungen.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie" mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene" erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern der psychiatrischen Abteilung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, deren Bestellungen die Gesellschaft entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

1. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater Dresden (1.—4. IX. 1935).

Am 1. 9. vormittags fand eine Sitzung des »Ausschusses für praktische Psychiatrie« statt. Abends »Begrüßungsabend«.

In die Anwesenheitsliste hatten sich 432 Teilnehmer eingetragen, bei 13 waren die Namen unleserlich, im übrigen waren

anwesend: *Adam*-Hamburg, *Ahnelt*-Hamburg, *Altenburger*-Breslau, *Amrhein*-Goddelau, *Andreae*-Hannover, *Ast*-Eglfing, *Bach*-Bethel, *Bähr*-Halle, *v. Baeyer*-Nürnberg, *Banse*-Lauenburg, *Bartscher*-Kiedrich, *Baumann*-Essen, *Baumann*-Eberswalde, *Behnsen*-Lübeck, *Bennecke*-Dresden, *Benning*-Bremen, *Berendes*-Neuruppin, *Berger*-Marburg, *Beringer*-Freiburg, *Berlit*-Hochweitzschen, *Bingel*-Hamburg, *Böhme*-Dresden, *H. Boeters*-Breslau, *D. Boeters*-Breslau, *Boening*-Stadtroda, *Bormann*-Breslau, *Bostroem*-Königsberg, *Brandt*-Königstein Ts., *Bräuner*-Lüneburg, *Braun*-Zürich, *Breier*-Pfafferode, *Bremme*-Dresden, *Bresler*-Kreuzburg, *Brockhausen*-Görden, *Brücker*-Jena, *Brunst*-Dresden, *Buck*-Lahr/Baden, *Buchalik*-Tost, *Bufe*-Allenberg, *Bumke*-München, *Bürger-Printz*-Leipzig, *Burdach*-Riesenburg, *Burgl*-Hof, *v. Burgsdorff*-Dresden, *Burkhardt*-Schleswig, *Büssow*-Leipzig, *Campbell*-Dresden, *Capell*-Düren, *Carras*-Berlin, *Carrière*-Arnsdorf, *Casten*-Stettin, *Clemens*-Benninghausen, *Conrad*-Hadamar, *Conrad*-München, *Cosack, Herta*-Breslau, *Creutz*-Düsseldorf, *de Crinis*-Köln, *Curschmann*-Rostock, *Dalchow*-Breslau, *Demme*-Hamburg, *Diehl*-Stadtroda, *Dietrich*-Bonn, *Dietz*-Bremen, *Dinter*-Dresden, *Dittel*-Breslau, *Dobbeck*-Kassel, *Dodillet*-Bunzlau, *v. Domarus*-Sorau, *Donalies*-Potsdam, *Dürr*-Eglfing-Haar, *Ederle*-Gießen, *Ehlers*-Potsdam, *Eichler*-Düsseldorf, *Einsle*-Erlangen, *Encke*-Stralsund, *Enke*-Marburg, *Ennen*-Merzig, *Entres*-Kutzenberg, *Faas*-Trier, *Fahreddin Kerim*-Istanbul, *Fahrenbruch*-Riesenburg, *Faltlhauser*-Erlangen, *Fastja*-Berlin, *Fauser, Marta*-Weissenau, *Feldkeller*-Neubabelsberg, *Fernandes*-Lissabon/Frankfurt a. M., *Finscher*-Bunzlau, *Flatau*-Dresden, *Fleck*-Göttingen, *Flügel*-Leipzig, *Franke*-Altscherbitz, *Franke*-Erlangen, *Friedrich*-Arnsdorf, *Fuchs*-Bamberg, *Fünfgeld*-Frankfurt a. M., *Gabbe*-Bremen, *Gabel*-Hagen, *Gaupp*-Kiel, *Gaupp*-Plauen, *Gaupp*-Tübingen, *v. Gebsattel*-Fürstenberg, *Geletnecki*-Stargard, *Gengnagel*-Altscherbitz, *Gerstenberg*-Wunstorf, *Geyer*-Dresden, *Glettenberg*-Hannover, *Giese*-Marburg, *Gonzola*-Madrid/Frankfurt a. M., *Gotthold*-Haina, *Gottschick*-Leipzig, *Grage*-Chemnitz, *Gretzmacher*-Prag, *Grimme*-Hildesheim, *Großmann, Grünwald*-Meseritz/Obrawalde, *Grütter*-Königslutter, *Gückel*-Nürnberg, *Günther*-Dresden, *Gütt*-Berlin, *Gutekunst*-Winnental, *Haenel*-Dresden, *Haenisch*-Breslau, *Haenisch*-Kolberg, *Hänsel*-Dresden, *Hahn*-Frankfurt a. M., *Hallervorden*-Landsberg a. d. W., *Hammer*-Berlin, *Hanse*-Gottleuba, *Harries*-Wunstorf, *Hartwich*-Gütersloh, *Hauptmann*-Kortau, *Heene*-Homburg/Saarl.,

Hegemann-Essen, *Heinze*-Potsdam, *Henßge*-Dresden, *Hermkes*-Andernach, *Herrmann*-Plagwitz, *Heyde*-Würzburg, *Heygster*-Stettin, *Hinsen*-Eichberg, *Hoffmann*-Gießen, *Hoffmann*-Neuhaldensleben, *v. Holst*-Danzig, *Holthaus*-Münster, *Hölzel*-Eglfing, *Hörmann*-Dresden, *Hörmann*-Königshofen, *v. Hößlin*-Ansbach, *Horn, Hedwig*-Prag, *Ilberg*-Dresden, *Jacob*-Zschadraß, *Jacobi*-Königsberg, *Jagdhold*-Dresden, *Jahnel*-München, *Jirzik*-Liegnitz, *Jost*-Eickelborn, *Jutz*-Osnabrück, *Kaestel*-Straubing, *Kaiser*-Lüben, *Kaldewey*-Eickelborn, *Kaltenbach*-Gernrode, *Kauffmann*-Danzig, *Kaufmann*-Dresden, *Kell*-Untergöltzsch, *Kehrer*-Münster, *Kentenich*-Düsseldorf-Grafenberg, *Kihn*-Erlangen, *Kipp*-Berlin, *Kittel*-Berlin, *Klaubert*-Arnsdorf, *Kleffner*-Münster, *Kleist*-Frankfurt a. M., *Klim*-Leipzig, *Klimke*-Plagwitz, *Klopfer*-Gütersloh, *Knab*-Tapiau, *Koebisch*-Breslau, *Köhler*-Viechbach, *Koester*-Roderbirken, *Koller*-Bad Nauheim, *Konietzny*-Brieg, *Kornmüller*-Berlin, *Kracke*-Osnabrück, *Krakow*-Tapiau, *Kranz*-Breslau, *Krauß*-Görlitz, *Kretschmer*-Marburg, *Krisch*-Dresden, *Kügler*-Freiburg i. Schl., *Künzel*-Arnsdorf, *Kuntzen*-Leipzig, *Kupfernagel*-Herford, *Kürbitz*-Chemnitz-Altendorf, *Lange*-Breslau, *Lange*-Chemnitz-Altendorf, *Lange*-Jerichow, *Lange*-Stralsund, *Langelüddecke*-Hamburg, *Lazarus*-Branitz, *Lehmann*-Brieg, *Lehnert*-Dresden, *Leiber*-Dresden, *Leonhardt*-Arnsdorf, *Leonhardt*-Gabersee, *R. Lemke*-Jena, *V. Lemke*-Berlin, *Lemmer*-Tannenfeld, *C. v. Leupoldt*-Lübben, *Marg. v. Leupoldt*-Lübben, *Lewenstein*-Süchteln, *Liebold*-Sonnenstein, *Lieberoth*-Dresden, *Lienau*-Berlin, *Linden*-Berlin, *v. Littrow*-Dresden, *Lohwasser*-Landsberg, *Lückerath*-Euskirchen, *Lüddecke*-Treptow, *Ludwig*-Werneck, *Luxenburger*-München, *Maaß*-Arnsdorf, *Mahlo*-Stettin, *Mandel*-Eglfing/Haar, *Mann*-Dresden, *Marckmann*-Kiel, *Maschmeyer*-Langenhagen, *Mauß*-Berlin, *Mauz*-Marburg, *Matthes*-Emmendingen, *Matzdorff*-Hamburg, *Mayr*-Günzburg, *Meggendorfer*-Erlangen, *Meltzer*-Großhennersdorf, *Merquet*-Warstein, *Lothar Meyer*-Dresden, *Meyer*-Saarbrücken, *Metz*-Neuhaldensleben, *Miskolczy*-Szeged (Ungarn), *Mittag*-Leipzig, *Mönch*-Wehnen, *Mohr*-Plagwitz Schl., *Moser*-Königsberg, *Müller*-Dresden, *Müller*-Großschweidnitz, *Müller*-Markscheidenfeld, *Müller*-Halle, *Müller*-Hamburg, *Müller*-Königslutter, *Müller*-Weimar, Muthmann-Freiburg Br., *Muthmann*-Berlin-L., *Nitsche*-Pirna, *Noack*-Teupitz, *Nobbe*-Uchtspringe, *Nonne*-Hamburg, *Nowack*-Reichenberg, *Oberreuter*-Leubus, *Oehmig*-Dresden, *Offermann*-Neuß, *Oppe*-Dresden, *Ostertag*-Berlin, *Ostmann*-Ückermünde, *Ottmann*-Günzburg, *Panse*-Berlin, *Papst*-Werneck, *Paulstich*-Berlin, *Peipers*-Bonn, *Persch*-Tapiau, *Petermann*-Warstein, *Peters*-München, *Petersen*-Lauenburg, *Pette*-Hamburg, *Pfannmüller*-Kaufbeuren, *Pfeifer*-Leipzig, *Pfeiffer*-Bernburg, *Plange*-Pirna, *Plank*-Regensburg, *Pohlisch*-Bonn, *Pohlmann*-Aplerbeck, *Pollmann*-Berlin, *Pönitz*-Halle, *Poppendick*-Berlin, *Preißner*-Breslau, *Quensel*-Leipzig, *Raebe*-Dresden, *Raether*-Süchteln, *Rahnenführer*-Waldheim, *Rakutz*-Kortau, *Rapmund*-Rasemühle, *Recktenwald*-Andernach, *Rehwald*-Berlin, *Reichardt*-Würzburg, *Reichel*-Dresden, *Reichner*-Heidelberg, *Reid*-Schwerin, *Rein*-Teupitz, *Reingardt*-Halberstadt, *Reiß*-Mainkofen, *Renner*-Plagwitz, *Rendelhuber*-Niesbach Obb., *Resch*-Frankenthal, *Rinck*-Sonnenstein, *Ritter*-Tübingen, *Rizor*-Hannover, *Rodenberg*-Oppeln, *Roemer*-Illenau, *Roemer*-Marburg, *Roemmelt*-N. Marsberg, *Rosenfeld*-Münster, *Roth*-Arnsdorf, *Rüder*-Dresden, *Rüdin*-München, *Runge*-Chemnitz, *Rust*-Pfafferode, *Rustige*-Rothenburg/Hann., *v. Rutkowski*-Schwäb. Hall, *Sagel*-Großschweidnitz, *Segerath*-Essen, *Seige*-Bad Liebenstein, *Siebert*-Kronach, *Sievert*-Sonnenstein, *Sinn*-Neubabelsberg, *Skalweit*-Rostock-Gehlsdorf, *Sottig*-Hamburg,

Speer-Lindau, *Spiecker*-Duisburg, *Schabel*-Neuruppin, *Schaefer*-Düsseldorf-Kaiserswerth, *Schaefer*-Hamburg, *Schaltenbrand*-Hamburg, *Schaltenbrand*-Würzburg, *Schenk*-Dresden, *Scheufler*-Dresden, *Schimaigk*-Döbeln, *Schmelz*-?, *Schmelcher*-Karlsruhe, *Schmidt*-Sorau, *Schmitz*-Bonn, *Schmorl*-Sonnenstein, *Schneider*-Berlin, *Schneider*-Halle, *Schneider*-Heidelberg, *Schneider*-München, *Schneider*-Weilmünster, *Schnitzler*-Bedburg-Hau, *Schob*-Dresden, *Scholz*-München, *Schornle*-Leipzig, *Schröder*-Leipzig, *Schröder*-Chemnitz, *Schröder*-Oberhausen, *Schuch*-Erlangen, *Schulze*-Herzberge, *Schulze*-Dresden, *Schulz*-Leipzig, *Schulz*-München, *Schütt*-Berlin, *Schwabe*-Plauen, *Schwabe*-Langenhagen, *Schweiger*-Zwiefalten, *Stadler*-*St*adtroda, *Staehr*-Schussenried, *v. Steinau*, *Steinbrecher*-Düren, *Steinmeyer*-*B*remen, *Stemmler*-Wiesbaden, *Stender*-Riga, *Stefan*-Köln, *Stemplinger*-Nürnberg, *Stier*-Berlin, *Stockert*-Halle, *Störring, E.*-Bonn, *Störring, W.*-Sonnenstein, *Stoltenhoff*-Dresden, *Straßer, Maria*-Aulhausen, *Stumpfl*-München, *Suckow*-Leipzig, *Theobald*-Eglfing, *Thums*-München, *Titius*-Allenberg, *Tönnis*-Würzburg, *Tranitz*-Dresden, *Trapet*-Bedburg, *Utz*-Gabersee, *H. Vellguth*-Dresden, *L. Vellguth*-Dresden, *Vigano*-Herborn, *Villinger*-Bethel, *Vogel*-Berlin, *Waetzoldt*-Wittenau, *Wagner*-Breslau, *Wallrapp*-Lohr, *Waller*-München, *Weber*-Dresden, *Wegener*-Amelsbüren, *Wegner*-Dresden, *Wegscheider*-Berlin, *Weicksel*-Hubertusburg, *Weinbrenner*-Düsseldorf, *Weise*-Breslau, *Weißenfeld*-Bunzlau, *Weitz*-Stuttgart, *Wenning*-Lüneburg, *Westermann*-Ensen/Köln, *Werner*-Hamburg, *Wernicke*-Münster, *Weygandt*-Hamburg, *Wiehl*-Berlin, *Willige*-Ilten, *Wilcke*-Lüben/Schl., *Winninghoff*-Wunstorf, *Winter*-Lengerich, *Wittenberg*-Neinstedt, *v. Witzleben*-Kreischa, *Wolfskehl*-Frankfurt a. M., *Zeiß*-Merxhausen, *Zengerling*-Berlin, *Zick*-*Gar*misch, *Ziegelroth*-Nietleben.

(13 Namen unleserlich, zusammen 432 Teilnehmer.)

I. Sitzung der neurologischen Abteilung (2. 9.). Vorsitz *Pette*-Hamburg.

(Ausführlicher Bericht über diese neurologische Sitzung erscheint in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde.)

Eröffnungsansprache des Reichsleiters.

Hochverehrte Anwesende!

»Hiermit heiße ich Sie zur ersten Jahresversammlung der neuen vereinigten Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater herzlich willkommen. Ich begrüße alle erschienenen Vertreter der Reichsbehörden, insbesondere vom Reichsministerium des Innern Herrn Min.-Direktor Dr. *Gütt*, den Schöpfer des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sowie seine Mitarbeiter. Ich begrüße die Vertreter der Wehrmacht, der Sächsischen Staatsregierung, insbesondere Herrn Ministerialrat *von Burgsdorf* und Herrn Ministerialrat Dr. *Wegener*, ferner die Herren Vertreter der anderen staatlichen Behörden, den Herrn Präsidenten des Landesgesundheitsamtes, die Vertreter der Stadt Dresden, der parteiamtlichen Stellen, die Herren Vertreter des deutschen Gemeindetages, insbesondere die Herren Landesräte *Zengerling* und *von Hugo*, sowie die übrigen Herren Anstaltsdezernenten, die Herren Vertreter der Gerichtsbehörden und der Ärzteschaft. Ich begrüße ferner unsere ausländischen Gäste aus Ungarn, der Türkei und der Tschechoslowakei und schließlich den Herrn Rektor der technischen Hochschule, dem ich vor allen Dingen verbindlichst dafür danke, daß er uns in liebenswürdiger Weise die Räume für unsere Sitzungen zur Verfügung gestellt hat.

Meine Damen und Herren, eine traurige Pflicht gebietet mir, zunächst

der Toten des vergangenen Jahres zu gedenken. Dem früheren Verein deutscher Nervenärzte sind, soweit uns bekanntgegeben wurde, folgende Mitglieder durch den Tod entrissen worden:

Professor Dr. *Kattwinkel*-Partenkirchen, Dr. *Römer*-Hirsau, Prof. Dr. *Mattauscheck*-Wien, Prof. Dr. *Santiago Ramon y Cajal*-Madrid, korrespond. Mitglied, Geheimrat Dr. *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, Reg.-Med.-Rat Dr. *Jolly*-Düsseldorf, Dr. *G. Kunert*-Denklingen, Bez. Köln, Dr. *Emil Löwy-Sulz*-Stangau-Österreich, Generaloberarzt Dr. *Rauschke*-Bottrop, Dr. *Gerhard Reichert*-Bad Altheide, Dr. *Schacht*-Baden-Baden, Dr. *Th. Schwartz*-Riga, Prof. Dr. *Max Sternberg*-Wien, Sanitätsrat Dr. *Steyerthal*-Sanat. Kleinen, Meckl.

Vom früheren Deutschen Verein für Psychiatrie starben folgende Mitglieder:

Sanitätsrat Dr. *Otto Brunner*-Neue Mühle bei Kassel, Oberarzt i. R., Dr. *Hartung*-Pfafferode b. Mühlhausen, Dr. *Ludwig Horn*-Wien, Oberarzt Dr. *Hussel*-Ansbach, Nervenarzt Dr. *Huth*-Bonn, Professor Dr. *Joannovics*-Belgrad, Med.-Rat Dr. *Krimmel*-Weissenau, Oberarzt Dr. *Müller*-Lohr, Geh. San.-Rat Dr. *Petersen-Borstel*-Breslau, San.-Rat Dr. *Schaumburg*-Aurich, San.-Rat Dr. *Schröder*-Finkenwalde, Geh. Rat Dr. *Siemens*-Stolp, Ehrenmitglied des Vereins, Sanitätsrat Dr. *Snell*-Wiesbaden, Prof. *Spielmeyer*-München, der langjähriges Vorstandsmitglied des Vereins war und dessen Bedeutung für die Wissenschaft Sie ja alle aus den ehrenvollen Nachrufen kennen. Und kürzlich Prof. Dr. *Eichelberg*-Hedemünden, unser langjähriger verdienstvoller Kassenwart, der so oft durch seine humorvollen Tischreden unsere geselligen Veranstaltungen würzte. Sie haben sich zu Ehren der Verstorbenen von Ihren Sitzen erhoben. Ich danke Ihnen.

Meine Damen und Herren! Es war ein Wunsch sowohl vieler Psychiater und Neurologen, als auch der Reichsregierung, den auseinanderstrebenden Tendenzen des Spezialistentums wieder zusammenführende Tendenzen entgegenzusetzen. Deshalb haben wir Neurologen und Psychiater wieder in einer Gesellschaft vereinigt. Die Vorteile einer nach wie vor weiterzufördernden Selbständigkeit der beiden Disziplinen, die ja wiederum beide auch nur abhängige Teile der großen Gesamtmedizin sind, sollen durchaus gewahrt bleiben. Und es soll nur der Vorteil der besseren gegenseitigen Belehrung und Orientierung, der Ergänzung und Zusammenarbeit in Praxis und Forschung neu hinzukommen. Mein Lehrer *Erb* pflegte in seiner gesundderben badischen Art zu sagen: Wir können das Gehirn doch nicht irgendwo wie mit dem Käsemesser vom Rückenmark wegschneiden! Wenn ich diese Erinnerung auffrische, welche für die Art des großen Neurologen und Internisten spricht, wie er die Beziehungen zwischen Neurologie und Psychiatrie auffasse, so dürften damit auch die Bedenken gewisser Vertreter der inneren Medizin ins rechte Licht gerückt sein, welche begreiflicher und berechtigter Weise bedacht sind, ihrerseits den Zusammenhang mit der Neurologie nicht zu verlieren. Jene Bedenken, die man vielfach hört, eine allzu innige Zusammenarbeit der Psychiater und Neurologen beeinträchtige die Pflege der Neurologie durch die Internisten. Wenn selbst ein *Erb* diese Bedenken anscheinend nicht geteilt hat, so dürften sie auch heute noch unbegründet sein. Große Dinge und Disziplinen waren und werden stets an große Männer geknüpft sein. Und wenn es bisher großen Psychiatern gelang, Hervorragendes auch auf dem Gebiete der Neurologie zu leisten, so soll und wird es künftighin, wie bisher

großen, inneren Medizinern möglich sein, bei Liebe und Begabung dazu, auch Großes in der Neurologie hervorzubringen. In allen Fragen der originellen Produktivität, Zusammenarbeit und Organisation wird man daher stets sich nach der Kernfrage richten müssen, ob und wo fähige, schöpferische Menschen, Internisten und Psychiater, mit Lust und Liebe auch zu Neurologie, vorhanden sind, denen man die Pflege der Neurologie in Forschung, Behandlung und Lehre in ganz besonders spezialisiertem Ausmaß anvertrauen kann. Einem zunächst noch unbeschriebenen Nachwuchs aber muß in vollem Maße Gelegenheit gegeben werden, sich in gleicher Weise an den Pflegestätten der internen Medizin, der Psychiatrie und der Neurologie die grundlegende Ausbildung holen zu können, damit er dann, je nach Liebe und Begabung, in seinem eigenen Interesse und dem der Kranken und der Allgemeinheit mehr die innere Medizin, oder mehr die Psychiatrie, oder mehr die Neurologie zu seiner schöpferischen Lebensart wird wählen können.

Aber auch im Rahmen der Psychiatrie selbst bedürfen nach unserer und der Reichsregierung Meinung die zentrifugalen Tendenzen gewisser Sonderorganisationen der Korrektur durch eine Wiederverbindung mit unserer neuen Organisation, welche Forschung und Praxis auf dem Gebiete des gesamten Nervensystems zu vertreten hat. Ich meine damit die Bewegung, die psychische Hygiene heißt, die wir der neuen Gesellschaft bereits angegliedert haben und die Psychotherapie, die ebenfalls in unsere Gesellschaft hineingehört.

Auch der regionale Ausdruck für nicht immer gerechtfertigte Sonderwege, namentlich im Fach der Psychiatrie, bedarf einer gewissen Revision. Wir haben, das ist die Meinung vieler Psychiater und auch der Reichsregierung, zu viele regionäre Tagungen. Die meisten, wenn nicht alle, könnten, ohne daß die Sache Schaden leiden würde, in den Rahmen der Tagung unserer neuen Gesellschaft übergeführt werden. Wie mir geht es sicher vielen Psychiatern und Neurologen: Man möchte gerne an alle regionären Sondertagungen gehen, kann es aber einfach nicht, weder zeitlich noch finanziell. Würde das Wichtigste und Wesentlichste, was bei all diesen regionären Tagungen geboten wird, auf der Jahresversammlung der heutigen Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater zu hören sein, so glaube ich, wäre damit sowohl den Zuhörern, als auch den Herren Vortragenden am besten gedient. Der größere Wettbewerb würde den Wert der guten Referate, Vorträge und Mitteilungen für Hörer und Vortragende erhöhen. Es wären auch die Reisezuschüsse von den zuständigen Behörden leichter zu rechtfertigen und auch zu erreichen, als wenn die Beschickung mehrerer, angeblich gleichwichtiger, regionärer Tagungen in Betracht kommt. Ich wäre im Interesse der Sache für ein Entgegenkommen der maßgebenden führenden Psychiater und Behörden bei den Vereinigungsbestrebungen nach dieser Richtung hin dankbar.

Im Schoße unserer neuen Gesellschaft und ihrer Tagungen und mittels ihrer Verbindungen sollen nach Möglichkeit die Beziehungen zu anderen Medizinern, Chirurgen, Otologen, Ophthalmologen, Gynäkologen, Orthopäden usw. in unserem eigenen Interesse zur Vervollständigung unseres eigenen Wissens und Könnens gepflegt werden. In unserer vereinigten Gesellschaft werden aber die genannten Fachkollegen auch eine fruchtbare Resonanz finden, jedesmal, wenn sie selbst es für notwendig halten, von ihrem Fachgebiet aus sich an die gesamte Neurologen- und Psychiaterschaft zu wenden. Dasselbe gilt von Juristen, Soziologen, Politikern und Staatsmännern, wenn sie sich an

unsere zusammenfassende Organisation wenden wollen oder wenn wir ihren Rat brauchen.

Und endlich wird es eine wichtige Aufgabe unserer Gesellschaft und unserer Tagungen sein, in unser Gebiet einschlägige Bestrebungen, Entwicklungen und Einrichtungen, welche in Deutschland nicht mehr oder noch nicht in befriedigender Weise dastehen, durch sachgemäße Vergleiche mit der Entwicklungshöhe der betreffenden Leistungen im Auslande zu beleuchten, um sie auch bei uns zum Segen unserer einzelnen Kranken und unseres Gesamtvolkes auf das denkbar höchste Niveau zu bringen. Ich denke dabei beispielsweise an die Förderung der modernen, durch Zusammenarbeit von Neurologen und Chirurgen im Hauptamt ausgeübten Neurochirurgie.

Endlich sind unsere Bestrebungen der Vereinigung von Psychiatrie und Neurologie begründet und werden gefordert durch eine grundlegende neue Einstellung des deutschen Staates in der Heilkunst. Sie betrifft den Grundsatz, daß Vorbeugen besser als Heilen ist, ein Grundsatz, der zwar auch bisher mit Rücksicht auf den Einzelmenschen in der Heilkunst sich Geltung verschafft hat, der nun aber unsere gesamte Medizin in der Richtung umwälzen wird, daß er auch auf den Gesamtkörper unseres Volkes und die dieses zusammensetzenden deutschstämmigen Rassen anzuwenden ist. Aus der Notwendigkeit dieser Anwendung entspringen die gemeinsamen rassenhygienischen Aufgaben auch unserer vereinigten Gesellschaft. Ernste psychiatrische sowohl, als auch neurologische Leiden sind in größtem Umfange erblich bedingt, also nur durch Rassenhygiene einzudämmen und zu beseitigen, wenn man nicht grundsätzlich den unmöglichen Standpunkt einnehmen will, daß wir ja in jeder Generation aufs neue und in steigendem Maße an den Erbkranken mit mehr oder weniger Erfolg herumdoktern können. Angesichts der vielen ernsten, reinen Erbkrankheiten und der vielen anderen Krankheiten, bei denen Erbanlagen wenigstens stark mitspielen, rechtfertigt sich gerade unsere Zusammenarbeit. Ihre Beurteilung verlangt oft genug beim gleichen Menschen die Berücksichtigung sowohl psychiatrischer als auch neurologischer Gesichtspunkte. Psychiater und Neurologen sind in Erforschung und praktischer Betreuung ihrer Erbkranken auf das Wohlwollen der Behörden und der Bewegung heute mehr als irgend wann angewiesen. Und es war daher aus all diesen Gründen nur eine aus dem Geiste der neuen Zeit geborene zwangsläufige Entwicklung, wenn sich die neue Gesellschaft gebildet hat, um nicht bloß die rassenhygienischen und nationalsozialistischen Bestrebungen der deutschen Regierung, der Partei, der Öffentlichkeit und der Privaten nach allen Kräften zu unterstützen, sondern um umgekehrt auch den deutschen Behörden und der Bewegung ein Objekt wohlwollender Fürsorge und Förderung darzubieten, eben unsere neue, große, ärztliche Vereinigung mit nicht bloß individualhygienischer, sondern auch rassenhygienischer Parole und Zielsetzung, auf welche ein Verlaß ist und welche mit ihren unendlich zahlreichen Verzweigungen und Verbindungen zu Gesunden und Kranken in der Lage ist, in Groß- und Kleinarbeit die rassenhygienischen Ziele und Absichten der deutschen Regierung und der Bewegung mit ihren unzähligen fleißigen Armen in der Deutschen Bevölkerung in hartnäckiger, nimmer erlahmenden Arbeit zu verwirklichen. Damit rechtfertigt sich dann auch die Förderung unserer gesamten ärztlichen Standesaufgaben durch den Staat.

So braucht der neue deutsche Staat den rassenhygienisch vorgebildeten und tätigen Psychiater und Neurologen, aber auch umgekehrt: Der rassen-

hygienisch eingestellte Neurologe und Psychiater braucht die nationalsozialistische Bewegung und den neuen Staat, denn ohne ihn, seine Organe und seinen Führer wären die Bestrebungen des Rassenhygienikers heute dazu verdammt, höchstens ein kümmerliches Dasein der gnädigen Duldung eines Minimums von Rassenhygiene zu fristen.

Deutsche Volksgenossen, Kollegen, wir müssen dem Führer Adolf Hitler ewig dankbar sein, daß er durch eine geniale politische Tat für unsere rassenhygienische Tat überhaupt erst die breite Bahn der Gegenwart geschaffen hat und immer noch schafft. Wer unter uns bisher also unpolitisch war, dessen Pflicht ist es, außer der Verfolgung seiner rein wissenschaftlichen und ärztlichen Aufgaben, auch politisch im Sinne des Dritten Reiches und seines Führers zu werden, d. h. zu denken und mitzuwirken mit innerer Anteilnahme an der Unterstützung aller Bestrebungen, welche Deutschland und sein Volk groß und glücklich machen. Freund und Feind des deutschen Volkes und des deutschen Reiches müssen auch unserer neuen Gesellschaft Freund und Feind sein.

Und so bitte ich Sie denn, zu Beginn unserer heutigen Verhandlungen, die im Zeichen nationalsozialistischer Weltanschauung der Erbbiologie und der Rassenhygiene stehen, mit mir einzustimmen in den Ruf, unser Führer Adolf Hitler: Sieg Heil!

Ich habe heute Morgen an den Herrn Reichskanzler und Führer das folgende Huldigungstelegramm gerichtet:

»Den Reichskanzler und Führer grüßen die in Dresden tagenden deutschen Neurologen und Psychiater ehrerbietigst. Sie geloben, ihr Wissen und ihre ganze Kraft einzusetzen zur Gesunderhaltung und Aufartung des deutschen Volkes.«

Und nun erkläre ich die wissenschaftliche Sitzung für eröffnet!

Ministerialdirektor Dr. *Gütt*-Berlin begrüßte die Gesellschaft im Namen des Reichsinnenministeriums, Ministerialrat Dr. *Wegner*-Dresden im Namen der sächsischen Regierung.

Der Reichskanzler und Führer erwies der Gesellschaft die Ehre, sie mit folgendem Telegramm zu begrüßen: »Den in Dresden tagenden Deutschen Neurologen und Psychiatern danke ich bestens für die mir übermittelten Grüße und wünsche Ihren Beratungen einen vollen Erfolg. Adolf Hitler.«

1. Bericht. *Weitz*-Stuttgart: Probleme der neurologischen Erbbiologie.

In seinem Referat stützt der Vortragende seine Betrachtungen im wesentlichen auf die sog. heredodegenerativen Nervenleiden. Diese Erkrankungen folgen in ihrer großen Mehrzahl einem einfach dominanten oder einfach rezessiven Erbgang, während ein geschlechtsgebundener rezessiver Erbgang bei ihnen noch nicht bewiesen ist. Der Einfluß der Außenbedingungen auf die Entstehung und Ausprägung der heredodegenerativen Nervenleiden ist im ganzen nicht sehr groß.

Die Annahme einfacher Mendelgesetze wird von manchen abgelehnt wegen des Vorkommens von sog. Übergangsfällen, wegen des Vorhandenseins von an die Hauptkrankheit erinnernden Symptomen bei zahlreichen Verwandten der Kranken und wegen der Häufung aller möglicher Abweichungen auf neurologischem und psychischem Gebiet bei den Erbkranken selbst und ihren Verwandten.

Die sog. Übergangsfälle sind genetisch keine Übergangsfälle, sondern sind selbständige Biotypen. Aus dem verschiedenen Verhalten der einzelnen heredodegenerativen Erkrankungen in den verschiedenen Sippen und dem gleichen Verhalten in denselben Sippen darf man schließen, daß es viel mehr Biotypen als klinisch unterscheidbare Krankheiten gibt. Ihre Unterscheidung ist wegen der individuellen Prognose und der Erbprognose wichtig, denn die verschiedenen Typen folgen oft einem verschiedenen Erbgang.

Das Vorkommen von an die Krankheit erinnernden Symptomen bei gesunden Verwandten der Erkrankten erklärt sich z. T. durch die Auswirkung heterozygoter Anlagen rezessiver Leiden, z. T. durch den hemmenden Einfluß der übrigen Erbmasse auf dominante Erbanlagen.

Eine Häufung von neurologischen und psychischen Anomalien bei den Erkrankten und ihren Verwandten wird vielfach vermißt und kann deshalb nicht durch ein biologisches Gesetz bestimmt sein. Ihr sicheres Vorkommen in manchen Familien ist im wesentlichen durch das Zusammenkommen krankhafter Erbanlagen infolge ungünstiger Ehen und durch ungünstige äußere Einflüsse bedingt. Nur ein geringer Teil der Abweichungen sind als Auswirkungen der eigentlichen Krankheitsanlage anzusehen.

Eine Neuentstehung von Nervenkrankheiten infolge Mutation kommt wahrscheinlich nicht selten vor.

Die vorhandenen Kenntnisse erlauben bestimmte Richtlinien auf dem Gebiet der Eheberatung zu geben. Die Sterilisierung sollte sich außer auf die *Huntington*sche Chorea auch auf einige andere heredodegenerative Nervenleiden erstrecken.

Vorträge:

Thums-München: Vorläufige Mitteilung über Zwillingsuntersuchungen bei multipler Sklerose.

Es wurde versucht, Untersuchungen an einer lückenlosen, repräsentativen Serie von »multiple Sklerose-Zwillingen« durchzuführen. Ein Längsschnitt von 10—20 Jahren durch das multiple Sklerose-Material vieler Kliniken, Anstalten, Abteilungen und Spitäler ergab bisher 54 Zwillingspaare, von denen mindestens ein Partner an multipler Sklerose litt. Unter diesen fanden sich 38 gleichgeschlechtliche, 15 verschiedengeschlechtliche Paare und ein Paar, bei welchem das Geschlecht des Partners nicht zu ermitteln war. Davon konnten bisher die Untersuchungen bei 7 EZ., 8 gleichgeschlechtlichen ZZ., 7 PZ. und 10 Zwillingspaaren mit kleingestorbenen Partnern abgeschlossen werden. Von 4 EZ.-Probanden mit sicherer und von 2 EZ.-Probanden mit unsicherer Diagnose einer multiplen Sklerose erwiesen sich die Partner als diskordant bezüglich organischer Nervensymptome. Unter 7 zweieiigen gleichgeschlechtlichen Zwillingspaaren konnten hinsichtlich der multiplen Sklerose gleichfalls nur Diskordanz gefunden werden. Unter 5 Pärchenzwillingspaaren fand sich 1 bezüglich der multiplen Sklerose fraglich konkordantes Paar. Diese Serienuntersuchungen berechtigen jedenfalls nicht zu dem Schlusse, daß die Erbanlage einen entscheidenden Faktor für das Zustandekommen der multiplen Sklerose darstelt.

Boeters-Breslau: Myotonie und dystrophische Myotonie.

Bei einer Familienforschung an einem möglichst lückenlos gesammelten schlesischen Myotoniematerial konnten von 20 Ausgangsfällen her genealo-

gisch verwertbare Unterlagen über insgesamt 812 Personen erhalten werden. Von den lebenden Angehörigen dieser Familien wurden rund 80% persönlich untersucht. Während die Krankenblatteintragungen nur wenige Anhaltspunkte für eine familiäre Häufung des Leidens ergaben, ließen sich durch systematische Familienforschung insgesamt 120 Sekundärfälle, z. T. klassische Krankheitsbilder, z. T. Initial- und Abortivformen der Myotonie, nachweisen. Krankheitsfälle von reiner (*Thomsen*scher) und von dystrophischer Myotonie verteilen sich regellos über die Mehrzahl der Familien, unabhängig davon, welches beider Syndrome bei dem Probanden selbst vorliegt. Beide Krankheitsbilder finden sich mehrfach nebeneinander in einer Geschwisterschaft oder wechseln in der Generationsfolge miteinander ab. In anderen Fällen besteht zu Beginn der Erkrankung der Eindruck einer reinen *Thomsen*schen Myotonie, während im späteren Lebensalter dystrophische oder endokrine Züge vorherrschen. Gelegentlich bleibt die reine Myotonie bis ins hohe Alter bestehen, während andere Mitglieder der gleichen Familie schon frühzeitig dystrophische Merkmale aufweisen. Daraus wird der Schluß gezogen, daß kongenitale oder dystrophische Myotonie einander genetisch sehr nahe stehen müssen, wenngleich die klinischen Bilder erheblich voneinander abweichen. Die Bedeutung exogener Momente für Entstehung oder Verschlimmerung der Myotonie dürfte im allgemeinen als gering zu veranschlagen sein. Von den Kranken selbst wurden allerdings häufig solche äußeren Schäden, vor allem Kriegsleiden und Feldzugsstrapazen, als Ursache der myotonischen Störung benannt; es war aber in vielen Fällen nachweisbar, daß schon vor dem genannten Termin myotonische Symptome bestanden hatten. In den meisten Fällen, sowohl bei rein-myotonischen als auch bei myotonisch-dystrophischen Prozessen, treten die Krankheitserscheinungen in den Kinderjahren oder im Pubertätsalter auf. Gelegentlich kommt es erst später, etwa bis gegen Ende des dritten Lebensjahrzehntes, zu einer schubartigen oder chronisch-progredienten Verschlimmerung. Bezüglich des sozialen Schicksals ergibt sich, daß etwa zwei Drittel der Myotoniekranken schon im mittleren Lebensalter schwer behindert oder völlig arbeitsunfähig und invalide werden. Die Krankheit ist bei beiden Geschlechtern annähernd gleich häufig; bei Frauen überwiegen aber leichtere Krankheitsfälle.

Die rechnerische Durcharbeitung und die Analyse der einzelnen Stammbäume läßt einen dominanten, nicht geschlechtsgebundenen Erbgang der myotonischen Störung erkennen. Es ist bei der hohen Zahl der Erkrankten mit einer starken Penetranz des krankmachenden Gens zu rechnen. Die Annahme einer wechselnden Expressivität könnte die Beobachtung erklären, daß die graduelle Ausprägung der myotonischen Störungen in den einzelnen Familien erheblich schwankt. Unterschiede im Sinne der Spezifität könnten die Abweichungen der Phänotypen und klinischen Charakteristika bei den verschiedenen Myotonieformen einer Deutung nahebringen, wenn der Vielheit der myotonischen Krankheitsbilder tatsächlich Defekte und Degenerationen im Bereich der zentralen vegetativen Regulationsmechanismen zugrunde liegen. Es wäre hier denkbar, daß durch Unterschiede im Sinne der Spezifität bald der ganze myotonische oder myotonisch-dystrophische Symptomenkomplex und in anderen Fällen nur Teile dieses Syndroms in Erscheinung treten.

In den Myotoniefamilien wurden besonders häufig Schwachsinn (17% der Geschwisterschaften) und epileptoide Merkmale gefunden. Auch sonstige

Auffälligkeiten, körperliche Mißbildungen und Fehlanlagen, psychopathische Anomalien und Psychosen waren häufig vertreten.

Unter rassenhygienischen Gesichtspunkten kommt der Myotonie wegen ihrer Seltenheit keine besondere praktische Bedeutung zu. Immerhin sind auch in Fällen, in denen ein Elternteil an schwerer Myotonie leidet, die Kinderzahlen hoch. Es kann daher, vor allem bei dem dominanten Erbgang der Myotonie, nicht erwartet werden, daß das Leiden ohne aktive rassenhygienische Maßnahmen erlischt.

Ostertag-Berlin: Die erbbiologische Beurteilung angeborener Schäden des Zentralorgans.

Es wird an einschlägigen Fällen nachgewiesen, daß angeborene Schäden des Zentralorgans nicht vererbbar zu sein brauchen. Im Gegenteil wird klargelegt, inwieweit exogene Einflüsse eine Rolle für das Zustandekommen solcher Fehl- oder Mißbildungen spielen. An Hand eines anderweitigen veröffentlichten Falles wird gezeigt, daß als deren Ursache eine kongenitale Lues vorlag. Eindringlich ist auch das Beispiel eines eineiigen Zwillingspaares, dessen einer Paarling vollkommen gesund geboren wird, während der andere mit schwerster Dysraphie, Spina bifida, Syringomyelie, Fehlmesenchymation und Hydrocephalus zur Welt kommt. Auch die Möglichkeit, daß durch intrauterine Fruchtschädigung infolge toxischer Einflüsse (z. B. Pilzvergiftung in diesem Falle) ein idiotisches Kind zur Welt gebracht wird, konnte mitgeteilt werden. Es wird nachdrücklichst die Forderung erhoben, den geschulten Fachpathologen zur Klärung aller strittiger Fragen heranzuziehen, nicht nur im Interesse der erbbiologischen Bestandsaufnahme, sondern auch im Interesse der Klärung aller zweifelhaften Fragen bzgl. eines Erbleidens. Dies gebietet nicht nur die Verpflichtung für die weitere wissenschaftliche Untermauerung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, sondern ist auch eine bindende Verpflichtung gegenüber allen den Volksgenossen, die für ihre Person oder für die ihrer Angehörigen vor der Frage der Sterilisierung stehen.

Hallervorden: Erbliche Hirntumoren.

Ein großer Teil aller Geschwülste — auch im Zentralnervensystem — läßt sich auf dysontogenetische Störungen zurückführen. Bei den Dysplasien mit blastomatösem Einschlag (*Bielschowsky*), nämlich der tuberösen Sklerose, der Neurofibromatose und Lindauschen Krankheit (zusammengefaßt als »Phakomatosen« nach *van der Hoeve*) ist Erblichkeit mehrfach nachgewiesen. Zu den erblichen blastomatösen Erkrankungen des Zentralnervensystems gehören auch die Netzhautgliome. Bei den Gliomen des Gehirns ist Heredität bisher nicht exakt festgestellt worden. Verf. ist eine Familie (nur klinisch) bekannt geworden, in der Mutter, Sohn und Tochter an bösartigem Hirngliom zugrunde gingen. In der Literatur ist sonst nur familiäres Vorkommen beschrieben (*Besold, Böhmig, Hoffmann, Leavitt, Joughin, Bender* und *Panse*). Aus der von *Bender* und *Panse* (Monatsschr. Psychiatr. 83, 253; 1932) mitgeteilten Familie mit Naevi, Hohlfuß, Schwachsinn und Epilepsie hatten drei Brüder Hirntumoren: Der älteste 60 Jahre alt, besaß ein unreifes Gliom im vorderen Balken mit Zelldystopien in Groß- und Kleinhirn; der zweite starb zu Hause, den dritten Reinhold G. 46 Jahre alt, konnte Verf. anatomisch untersuchen. Es fand sich eine diffuse Glioblasto-

matose des Gehirns mit lokalisiertem Tumor im rechten Schläfenlappen; die unreifen Gliazellen waren im ganzen Großhirn, sowie Hirnstamm und Kleinhirn nachzuweisen. Wie bei dem von *Bender* und *Panse* beschriebenen Bruder ist hier eine Verwandtschaft mit der tuberösen Sklerose und der Recklinghausenschen Krankheit vorhanden (Naevi, Fibrome, Hohlfuß; etwas zurückgebliebene Rindenarchitektonik, Abartung der Glia). — In einem weiteren Falle, einem 47jährigen Manne, war eine Schwester an Hirntumor gestorben, der Vater an Schlaganfall, die Mutter an Darmkrebs. Hier war nur eine diffuse Ausbreitung blastomatöser unreifer Gliazellen vorhanden, die vorwiegend um die Ventrikel herum gehäuft lagen und sich von da durch das ganze Gehirn ausbreiten: stellenweise war es zu dichteren Wucherungen mit Riesenzellen und Kernballen gekommen, ohne aber zu einer wirklichen Geschwulstbildung zu führen. Hier bestand die gleiche diffuse Glioblastomatose, aber ohne klinische und anatomische Anzeichen der erwähnten Dysplasien; wichtig bleibt die Beziehung zu den ventrikulären Keimzentren (*Creutzfeldt*). Das Krankheitsbild der diffusen Glioblastomatose ist nicht so selten, wie es scheint (Verf. hat noch vier weitere Fälle untersucht). Andererseits zeigen viele Gliome mehr oder weniger weitgehende Ausbreitung der blastomatösen Zellen im Gehirn, so daß von den einzelnen Gliomen bis zur diffusen Glioblastomatose alle Übergänge möglich sind und auch vorkommen. Dies weist aber eindringlich darauf hin, daß die allermeisten Gliome auf dysontogenetische Störungen zurückgehen; in dieser Erkenntnis liegt der Wert der *Ostertag*schen Einteilung. Die Polymorphie der Zellen und ihre örtlich verschiedene Differenzierung bei der diffusen Glioblastomatose ist eine Mahnung, nicht die Zellform allein zum Einteilungsprinzip der Gliome zu machen, denn die Wachstums- und Gestaltungsvorgänge der Geschwulst sind weitaus wichtiger und kennzeichnender (*Scherer*). (Erscheint ausführlich im »Nervenarzt«.)

Aussprache: *Curschmann*-Rostock: Herrn Boeters bemerke ich, daß auf Grund der Literatur und meiner 30jährigen Beobachtung an etwa 20 Familien mit myotonischer Dystrophie und Thomsenscher Krankheit eine Idendität dieser beiden Erbleiden nicht zuzugeben ist. Es ist unrichtig, daß Thomsenfälle in Familien mit myotonischer Dystrophie vorkommen. Dieser Irrtum dürfte sich aufklären, wenn man diese scheinbaren reinen Thomsenfälle weiter verfolgt; dann stellt sich nämlich heraus, daß diese Fälle doch zu mehr oder minder kompletten myotonischen Dystrophikern geworden sind.

Bezüglich der sogen. Mischformen (z. B. Kombination von M. Friedreich und Erbsche Muskeldystrophie) rate ich zu großer Vorsicht. Oft handelte es sich um ganz simple und häufige Symptome des einen Leidens; z. B. weiß jeder Erfahrene, daß Muskeldystrophiker häufig Areflexie, Fußdeformitäten und etwas Ataxie zeigen. Deshalb darf man aber nicht von einer »Mischform« von Erbscher Dystrophie und Friedreichscher Krankheit sprechen. —

Die Resultate von *Thums* begrüße ich. Denn sie scheinen die in letzter Zeit übertrieben eingeschätzte Erbbedingtheit der multiplen Sklerose auf das sehr geringe, wahre Maß zurückzuführen.

Bezüglich der Frage der Anteposition bemerke ich, daß sie doch viel häufiger und wesentlicher ist als Herr *Weitz* glaubte. Man darf sie aber nicht nur aus der Neurologie erschließen, sondern auch aus anderen in-

ternen Erbleiden. Z. B. zeigte die Biermersche Anaemie und andere Blutleiden die Anteposition sehr deutlich ausgeprägt.

Weygandt-Hamburg: Nicht kasuistisch, obwohl manches zu erwähnen wäre, wie Turmschädel, tuberöse Sklerose, Chondrodystrophie, sondern praktisch einige Worte: das Referat kommt zum Schluß wohlbegründet zum Abraten von der Eheschließung erbgefährdeter, erblich belasteter Personen. Die Erfahrungen der Eheberatungsstellen sind unbefriedigend. Viele Ehekandidaten fragen lieber Heilmystiker als ernste Beratungsstellen. Die Befrager der letzteren aber befolgen die Ratschläge, besonders das Abraten, nur ausnahmsweise. Wir kommen nicht aus mit Abraten, es muß zu gesetzlichen Vorschriften über Eheverbot und -Erlaubnis auf erbbiologischer Grundlage kommen, wie ich es 1904 und neuerdings vorschlug. Vor allem Zusammenfluß zweier rezessiver Erblinien, wie bei Schizophrenie, muß dringend verhindert werden. Also gesetzliches Verbot ist anzustreben, nicht nur Abratung.

Herrn *Kehrer*-Münster: erscheint es fraglich, ob so zahlreiche Variationen der klinischen Bilder, deren Vorkommen auch auf Grund eingehender Untersuchung sehr erfahrener Neurologen nicht bestritten werden kann, in dem Maße durch Mutationen erklärt werden dürfen, wie es *Weitz* möchte. Für die Aufstellung der Typen muß mehr, wie es im Referat zum Ausdruck gekommen ist, die pathologische Anatomie herangezogen werden; nur mit ihrer Hilfe allein konnte z. B. die engste Verwandtschaft des »Pelizaeus-Merzbacher« mit den diffusen Hirnsklerosen und ihre Zusammenfassung als Leukatrophia cerebri ermöglicht werden. *Kehrer* verweist darauf, daß der von *Weitz* gezeigte Stammbaum *Patzigs* zahlreichen ähnlichen von echtem Erbveitstanz entspricht, auf die *Kehrer* bereits 1924 hingewiesen hat. Vorurteilslose histologische Betrachtung wird daher zu erweisen haben, ob in jener Sippe wirklich eine erbliche Aplasie und nicht viel mehr in jenen Sippen eine erbliche Degeneration vorliegt. — Der Syphilis kommt, wie *Kehrer* glaubt erwiesen zu haben, beim Erbveitstanz keine ursächliche Bedeutung, auch nicht in der Weise der familiären Syphilis, zu. Zum Schluß tritt *Kehrer* noch einmal wie vor 2 und 1 Jahr dafür ein, daß die hereditären Nervenleiden etwa als (schwere) »erbliche nervöse Krüppelleiden« in das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aufgenommen werden.

Pette-Hamburg: Die Erforschung heredo-degenerativer neurologischer Erkrankungen ist dank der Ergebnisse erbbiologischer Arbeiten in ein neues Stadium getreten. Der Versuch, lediglich auf Grund klinischer Tatsachen immer wieder neue Typen aufzustellen, muß zugunsten einer erbbiologischen Betrachtungsweise aufgegeben werden. Es kann kein Zweifel sein, daß die sogen. Übergangsfälle zwischen großen Krankheitsgruppen z. B. der neuralen Muskelatrophie und der Friedreichschen Ataxie einerseits und der neuralen Muskelatrophie und der Dystrophia musc. progr. anderseits um so seltener werden, je intensiver der Einzelfall klinisch und anatomisch unter erbbiologischen Gesichtspunkten ausgewertet wird.

Schlußwort *Weitz:* Herrn *Curschmann* gegenüber möchte ich bemerken, daß ich die Anteposition als genetisch begründet anerkannt habe, ihr Vorkommen aber als eine ausgesprochene Seltenheit ansprechen muß. Daß die Bedeutung der Mischfälle vielfach überschätzt worden ist, ist auch meine Meinung. Jedenfalls darf aus ihrem Bestehen nicht die Lehre von der Heredodegeneration hergeleitet werden. In den von *Kehrer* früher beschriebenen Sip-

pen mit erblicher Dyskinese dürfte es sich z. T. um Träger des Status subchoreaticus (*Patzig*) gehandelt haben.

Tönnis-Würzburg: Die Geschwülste der Hirnkammern.

Unter 219 bestätigten Hirngeschwülsten wurden 13 Geschwülste der Hirnkammern beobachtet. Vier im vierten Ventrikel, drei im dritten Ventrikel, fünf in den Seitenventrikeln, dazu kam eine Zyste des Septum pelluzidum. Von den 13 operierten Fällen starben drei. An der Hand der einzelnen Fälle werden die Geschwülste des vierten Ventrikels (Ependymome, Papillome und Zysticerke) und des dritten Ventrikels (Kolloidzysten und Ependymome) eingehend geschildert. Die Geschwülste der Seitenventrikel sind fast nur durch Ventrikulographie erkennbar. Die Differentialdiagnose zwischen Ventrikeltumor und Tumor der basalen Ganglien wird gestreift. Das operative Vorgehen sowie die Erfolge werden kurz dargestellt.

Flügel und *Kuntzen*-Leipzig: Leipziger neurochirurgische Erfahrungen.

Die neurochirurgischen Behandlungsmöglichkeiten haben im Laufe der letzten Zeit mehr und mehr an Bedeutung zugenommen und spielen unter den therapeutischen Möglichkeiten der Nervenheilkunde bereits eine bedeutsame Rolle. Äußere Ursachen gestalten die neurochirurgische Betätigung heute aber noch schwierig. So ist z. B. die Frage nach der Stellung der Neurochirurgie noch sehr umstritten. Wie aus der Diskussion auf dem letzten Chirurgenkongreß hervorgegangen ist, können drei verschiedene Meinungen hierüber nebeneinander gestellt werden: 1. Die Neurochirurgie gehört zur Allgemeinchirurgie. 2. Die Neurochirurgie ist ein eigenes Spezialfach und muß in selbstständigen Instituten, getrennt von der Allgemeinchirurgie und der Neurologie ausgeübt werden. 3. Die Neurochirurgie ist nur eine der möglichen Behandlungsarten der Neurologie und muß in den Nervenkliniken selbst gepflegt und ausgebildet werden.

Um den modernen Anforderungen gerecht werden zu können, haben wir in Leipzig einen besonderen, unter den heutigen Verhältnissen gangbaren Modus neurochirurgischer Betätigung eingeschlagen. Es handelt sich hierbei um engste Gemeinschaftsarbeit zwischen Neurologen *(Flügel)* und Chirurgen *(Kuntzen)*. Alle Phasen des Prozesses (neurologische Untersuchung, chirurgische diagnostische Verfahren, Operation und Nachbehandlung) werden grundsätzlich von beiden gemeinsam vorgenommen. Äußere Gründe der Einrichtungen und der Ökonomie haben es praktisch finden lassen, daß die diagnostischen Eingriffe (Ventrikulographie, Arteriographie usw.) meist in den Räumen der Nervenklinik vorgenommen werden und daß die Operation und unmittelbare Nachbehandlung in den Räumen der Chirurgischen Klinik stattfindet. Es handelt sich hierbei aber nicht um ein starres Schema. Die diagnostischen Eingriffe können unter Umständen in der Chirurgischen Klinik vorgenommen werden, ebenso wie auch im Operationssaal der Nervenklinik die Radikaloperation, wenn notwendig unmittelbar an den diagnostischen Eingriff angeschlossen werden kann.

Durch die geschilderte Zusammenarbeit ist es möglich geworden, daß zu gleicher Zeit zwei Personen die notwendige persönliche Erfahrung erwerben können. Es ist hierdurch ein Krankenmaterial in unser beider Gesichtsfeld gerückt, welches unter heutigen Verhältnissen im allgemeinen sonst nur

einer von uns zu bearbeiten bekommt (z. B. frische Unfallverletzungen, Organerkrankungen mit Beziehungen zum Sympathikus usw.). Als Vorteil kann auch die Tatsache angesehen werden, daß stets zwei völlig aufeinander eingespielte Operateure vorhanden sind, welche sich abwechseln können. Diese Gemeinschaftsarbeit, welche wir jetzt seit ungefähr drei Jahren durchführen konnten, hat sich sehr gut bewährt. Wir haben eine erhebliche Zahl von Eingriffen im Bereich des Gehirns, Rückenmarkes, peripheren Nervensystems und Sympathikus erfolgreich durchführen können. Auf das Material selbst soll demnächst an anderer Stelle näher eingegangen werden. Der Lehrbetrieb hat sich durch ein gemeinschaftlich gelesenes Kolleg gleichfalls gut in unsere Zusammenarbeit einfügen lassen.

Aussprache:

Kleist-Frankfurt: Bei den beiden von mir diagnostizierten und von Prof. *Tönnis* operierten Kranken handelte es sich in einem Falle um einen Ephiphysentumor, der neurologisch aus den Druckwirkungen auf Mittel- und Zwischenhirn, nämlich Blicklähmung nach oben, leichter Streckstarre und Schlafsucht erkannt und ventrikulographisch bestätigt wurde. Die technisch vollendete operative Entfernung der Geschwulst rettete nicht nur das Leben, sondern brachte auch die neurologischen Symptome zu völliger Rückbildung, einschließlich der schon fast gänzlichen Erblindung durch Stauungspapille, dies allerdings erst nach Monaten. Im zweiten Falle hatte sich die Geschwulst nicht ursprünglich in den Hirnkammern entwickelt, sondern war vom Kleinhirnzelt (lk.) nach oben ausgegangen und in den linken Seitenventrikel hineingewachsen, wo sie durch Druck auf den linken Thalamus rechtsseitige Zittererscheinungen und geringe rechtsseitige Hyperpathie verursachte. Die Lage der Geschwulst in der Thalamusgegend war indessen neurologisch nicht einwandfrei anzugeben gewesen und wurde erst ventrikulographisch sichergestellt. Da die Entfernung der Geschwulst aus dem Seitenventrikel nur durch Opferung des linken Hinterhauptslappens möglich war, entstand eine rechtsseitige Hemianopsie, zum Glück ohne Alexie, da der Patient ein Linkser war. Die eigentlichen Tumorsymptome bildeten sich zurück.

Beide Fälle sind besonders eindrucksvolle Beispiele für das, was heute durch engste neurologische, röntgenologische und neurochirurgische Zusammenarbeit geleistet werden kann. Diese und andere Beobachtungen einer einjährigen Zusammenarbeit mit Prof. *Tönnis* haben mich gelehrt, daß die Leistungen eines nur neurochirurgischen Operateurs unvergleichlich besser sind, als die eines noch so erfahrenen und gewandten Allgemeinchirurgen. Wenn Chirurgen, wie *Cushing* und *Tönnis*, sich auf Neurochirurgie beschränken, so werden sie dadurch mehr oder weniger selbst zu Neurologen und es wäre das natürlichste, ihr operatives Wirken in engste tätige und räumliche Verbindung mit einer Nervenklinik von entsprechender Leistungshöhe zu bringen. Ein anderer Weg ist der, daß der Neurologe selbst zum Chirurgen seines Faches wird, wie *O. Förster* es vorbildlich getan hat. Auch ich habe im Kriege zwei Jahre neurochirurgisch gearbeitet und weiß, wie sehr meine nervenärztlichen Kenntnisse meinem operativen Handeln und umgekehrt meine chirurgische Tätigkeit meiner neurologischen Erfahrung zugute gekommen sind. Meine Gehirnpathologie verdankt ihre Entstehung nicht zum wenigsten dieser Doppeltätigkeit. Da ich selbst infolge anderer Aufgaben mich später nicht mehr der Neurochirurgie widmen konnte, möchte ich, wie ich es schon wiederholt getan habe, geeignete jüngere Neurologen dazu auf-

fordern, sich diesem erfolgversprechenden Gebiete zuzuwenden, und daran mitzuwirken, daß der Vorsprung, den andere Länder hier noch vor Deutschland haben, bald ausgeglichen wird.

Glettenberg-Hannover berichtet über zwei Fälle von Tumoren des dritten Ventrikels, welche in vivo diagnostiziert wurden. Er weist zunächst auf die diagnostische Schwierigkeit dieser Tumoren hin. Beide Fälle zeigten in der Symptomatologie auffallende Ähnlichkeit. Im Vordergrund standen schwere psychische Störungen in Form von tiefer Bewußtseinstrübung, wechselnd mit Verwirrtheit und Erregungszuständen. In beiden Fällen fanden sich außerdem starke Gleichgewichtsstörungen vom Typ eines cerebellaren Taumelns und Schwankens. Eine Stauungspapille wurde in beiden Fällen nicht beobachtet. Bei dem zweiten Fall fand sich eine doppelseitige Opticusatrophie mit unscharfer Grenze als Zeichen einer früheren Stauungspapille (der Pat. war vor 21 Jahren wegen Stauungspapille mit Kopfschmerzen und heftigem Erbrechen palliativ trepaniert worden). Seit der Zeit Wohlbefinden bis Anfang 35. Seit dieser Zeit zunehmende Verschlechterung. Das Ventriculogramm zeigte den dritten Ventrikel nicht gefüllt, vielmehr im dritten Ventrikel gelegen einen deutlichen Tumorschatten. Der Pat. starb vor der Operation plötzlich an einer Atemlähmung. Die Sektion ergab einen ca. klein-haselnußgroßen Tumor im dritten Ventrikel. Bei dem ersten Fall handelt es sich um eine 43jährige Frau, bei der das erste Ventriculogramm (Hinterhörner) eine starke Erweiterung der Seitenventrikel zeigte, der dritte Ventrikel war trotz wiederholter Versuche nicht darzustellen. Es wurde ein Tumor im dritten Ventrikel angenommen. Bei einer zweiten Füllung 3 Wochen später (Vorderhörner), bei der sich zunächst unter starkem Druck aus beiden Seitenventrikeln eine Menge klaren Liquors entleerte, wurde bei tieferer Einführung der Nadel in Richtung des Foramen Monroi eine in das Foramen Monroi hineinragende Cyste perforiert, wodurch sich eine reichliche Menge goldgelben, dünnflüssigen Cysteninhalts entleerte. Das psychische Befinden besserte sich fast unter der Hand. Die Röntgenaufnahmen zeigten nunmehr eine deutliche Füllung des dritten Ventrikels, welcher stark erweitert war. Das Befinden der Pat. besserte sich zusehends, sie wurde völlig geheilt entlassen. Krankheitsbild und Verlauf erinnern sehr an den von *Foerster* veröffentlichten Fall.

Betont zum Schluß, daß für die Diagnose der Tumoren des dritten Ventrikels das Ventriculogramm von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Diskussion zum Vortrag *Tönnis*. Herr: *Altenburger*.

Daß die Neurochirurgie auch in Deutschland in letzter Zeit erhöhte Beachtung erfährt, ist zweifellos zu begrüßen, wenn man sich auch gelegentlich nicht des Eindrucks erwehren kann, daß die Beschäftigung mit neurochirurgischen Fragen in Gefahr steht, etwas zu modern zu werden, zum Schaden der Sache, weil damit übersteigerte Erwartungen geweckt werden, auf die erfahrungsgemäß eine um so größere Enttäuschung folgt.

Sicher kann die Zusammenarbeit des Chirurgen und Neurologen gute Resultate zeitigen. Wenn daraus aber die Forderung abgeleitet wird, die chirurgische Behandlung der Nervenkrankheiten gehöre grundsätzlich zur allgemeinen Chirurgie, so muß dem widersprochen werden. Es ist nicht recht verständlich, weshalb die chirurgische Therapie beispielsweise in der Augen- und Ohrenheilkunde als ein selbstverständlicher Bestandteil dieser Disziplinen angesehen wird, während man andererseits Einspruch dagegen erhebt,

daß der Neurologe seine eigene Therapie treibt. Es ist dies um so befremdlicher, als wohl kaum bezweifelt werden kann, daß die pathophysiologischen und klinischen Voraussetzungen für ein chirurgisches Vorgehen auf neurologischem Gebiete, keineswegs einfachere sind, als bei den anderen erwähnten Disziplinen. Es soll damit keineswegs gesagt sein, daß jeder Neurologe neurochirurgisch tätig sein soll. Sind aber im einzelnen Falle die Voraussetzungen für die Beherrschung der technischen Seite der neurochirurgischen Erkrankungen gegeben, so stellt die Vereinigung von Diagnostik und Therapie in der Hand des Neurologen einen Idealzustand da. Es ist diese Forderung keine theoretische, sie ergibt sich vielmehr aus dem, was jahrelange praktische Erfahrung gelehrt hat. *O. Foerster* hat kürzlich seine neurochirurgischen Erfahrungen der letzten 10 Jahre mitgeteilt, und es ergab sich eine Statistik, die nahe an die *Cushing*sche heranreicht. Es ist also bereits erwiesen, daß die Ausübung der chirurgischen Therapie durch den Neurologen das zur Zeit optimal Erreichbare für unsere Kranken zu leisten vermag. Hinzukommen die weitgehenden Möglichkeiten für die wissenschaftliche Bearbeitung neurophysiologischer und -pathologischer Zusammenhänge, die sich aus einer solchen Personalunion ergeben. Wenn die von *Foerster* kürzlich auf dem internationalen Neurologenkongreß gehaltene Jackson memorial Lecture einen so großen Erfolg deutscher Wissenschaft darstellte, so war dies zu einem guten Teil der Niederschlag einer vieljährigen Verknüpfung von chirurgischer Tätigkeit und wissenschaftlicher Bearbeitung der neurologischen Probleme. Diese bereits vorhandenen praktischen Erfahrungen kann man nicht, wie dies nur zu häufig geschieht, einfach übergehen, wenn die Frage der Stellung der Neurochirurgie diskutiert wird. Die Leistungsfähigkeit einer chirurgischen Therapie im Rahmen der neurologischen Klinik ist vielmehr bereits erwiesen. Ob diese Therapie im gegebenen Falle von einem Mann ausgeübt wird, der von der Chirurgie oder der Neurologie herkommt, wird von der Persönlichkeit abhängen. Die Aufgeschlossenheit einer neuen Denkweise in ärztlichen Fragen gebietet, beiden Möglichkeiten Raum zu geben.

Pette-Hamburg: Die Erfolge des Herrn *Tönnis* beweisen die Notwendigkeit, die Neurochirurgie von der Allgemeinchirurgie abzutrennen. Nicht minder wichtig wie die Technik ist für den Erfolg eine straffe Indikationsstellung, wann, wie und wo operiert werden soll. Hierzu gehört vor allem auch die richtige Auswahl der Fälle, wozu nur der berufen sein kann, der die Neurologie vom Grund auf beherrscht. Eigene Erfahrungen haben *Pette* gelehrt, daß das Ideal engste Zusammenarbeit zwischen Neurologen und Neurochirurgen ist, falls nicht der Neurologe selbst zum Messer greift, was ebenfalls segensreich sein kann, wie die Beispiele von *O. Foerster* und *U. Vincent* beweisen.

2. Bericht: *Mauz*-Marburg: Die Veranlagung zu Krampfanfällen.

Die iktaffinen Konstitutionen reichen tief in die untersten Schichten menschlicher Anlageformen hinab und machen nach oben hin mit einigen Ausnahmen bereits bei einer unterdurchschnittlichen Mittelmäßigkeit Halt. Nur die iktaffinen Diathesen reichen bis in die hoch entwickelten Konstitutionsschichten hinauf. Die Gesamtheit der iktaffinen Konstitutionen zerfällt in zwei große Gruppen.

Die eine sehr einheitliche und homogene Gruppe ist die im engeren

Sinne epileptische Konstitution. Das epileptische Wesen ist, wie *Ziehen* treffend sagt, das Gegenteil dessen, was man beim Gesunden als Esprit bezeichnet. Es ist Einförmigkeit und Gebundenheit (*Delbrück*). Dieses Haftenbleiben scheint mir das Kernstück der epileptischen Konstitution im engeren Sinne zu sein. Es ist für mich das eindeutige Symptom einer mangelhaften und ungenügenden Hirnentwicklung. Wir können das epileptische Haften sehr deutlich aus der Körperlichkeit des Kranken erfassen. Das besondere Wesensmäßige wird dadurch bedingt, daß das Kernstück der seelischen Leistung, die intrapsychische Aktivität fehlt. Dementsprechend ist die Affektivität summarisch und kompakt. Abgesehen von Aufwerfungen und Senkungen, die sich in dieser zähflüssigen Masse Affektivität spontan bilden, sind Zustandsänderungen der epileptischen Affektivität nicht selten außenweltbedingt. Es erscheint deshalb weniger wichtig, im affektiven Bild der im engeren Sinne epileptischen Konstitution nach detaillierten spezifischen Eigenschaften suchen zu wollen. Spezifisch sind allein das Haften, das Fehlen der intrapsychischen Aktivität und das Kompakte und Summarische der Affektivität. Dieses spezifisch Epileptische bestimmt das Schicksal der Familie und ihr gesamtes Kolorit. Als Gegenprobe habe ich außerhalb meiner ärztlichen Tätigkeit Persönlichkeitsbilder gesammelt, deren Kern mir das Syndrom des Haftens zu sein schien. Nachforschungen in der Familie dieser enechetischen Konstitutionen (abgeleitet von dem griechischen Wort für Haften) haben ergeben, daß in der Blutsverwandtschaft oft deutliche epileptische Zeichen vorhanden waren. Das spezifisch Epileptische einer Konstitution ist etwas Ganzes und Geschlossenes, etwas Einheitliches und Gewachsenes. Für die cerebral-organische Wesensveränderung ist dagegen charakteristisch das Umschriebene und Herdförmige, der allmähliche Verlust der Ganzheit und Geschlossenheit.

Während für die erste Gruppe der iktaffinen Konstitutionen das psychische Gesamt und die Homogenität charakteristisch sind, besteht das Wesentliche der jetzt zu besprechenden Konstitutionen in einer im Einzelfall wechselnden Zusammengruppierung von Merkmalen aus den verschiedensten körperlichen Apparaten und Systemen. In einer für das biologische Geschehen charakteristischen Affinität finden sich in den einzelnen Konstitutionen Minderwertigkeiten und Schwächen der vegetativen Apparate, des endokrinen und Zentralnervensystems zusammen. Die unterste Stufe dieser Konstitutionsreihe bilden schwere Defekttypen, die schon *Otto Binswanger* zu der Meinung veranlaßten, daß »in der Masse der Rowdies und Zuhälter, in der Zunft der Diebe und Einbrecher, bei den Prostituierten, sowie bei den Stromern der Landstraße eine erhebliche Zahl von Epileptikern« zu finden seien.

Die Minderwertigkeit ist auf dieser untersten Stufe durchgehend in allen Teilsystemen des Körpers vorhanden. Wir finden Schwachsinn in jeder Form, völligen Mangel an höheren psychischen Regulationen, mannigfaltige neurologische Minderwertigkeiten im Sinne des Status dysraphicus, gehäufte Dysplasien, schwere Insuffizienzen und Zirkulationsstörungen des Gefäßapparats, grobe Steuerungsschwäche der affektiven Apparate und ein Vorherrschen der tiefen Motilitätsapparate. Die Heredität, die bei dieser ganzen Konstitutionsreihe von größter Wichtigkeit ist, weist Trunksüchtige, Gewalttätige, Laute und Aufgeregte, Mißgestaltete und Verwachsene, Schwachsinnige und Verblödete auf.

Gehen wir einige Stufen höher in der Reihe — die Zwischenstufen bieten nur graduelle Unterschiede — so heben sich bereits spezifische Merkmalsgruppierungen ab, die sich auf dieser Stufe in eine Typenreihe mit zwei besonders charakteristischen Flügelgruppen gliedern lassen. Auf dem einen Flügel finden sich die Merkmale »kopfvasomotorische Insuffizienz und Athletik« zur explosiven Konstitution zusammen, auf dem andern Flügel gruppiert sich die Insuffizienz des Reflexapparats mit der Asthenie und wird zu dem, was in der Literatur als »epileptischer Schwindler« Eingang gefunden hat. Dazwischen stehen die körperlichen und geistigen Kümmerformen, die Übererregbaren, Triebhaften, Impulsiven usw. Entscheidend sind vor allem zwei Punkte: 1. Die Minderwertigkeit und Schwäche der einzelnen körperlichen Apparate und Systeme. 2. Das Eingebautsein dieser Schwächen und Minderwertigkeiten in eine bestimmte Heredität. Die in der Strukturformel des Kranken selbst enthaltenen Merkmalsgruppen lassen sich im weiteren Familienbild in allen möglichen Varianten und Korrelationen finden. Da sind die verschiedensten heredo-degenerativen Erkrankungen, allerlei unklare und atypische organische Nervenleiden, Krankheitsbilder die zu dem Status dysraphicus in Beziehung stehen, Taubstummheit, Debilitäten und unklare Demenzen; da finden wir Hypophysentumoren, Turmschädel, akromegale Stigmen, Kleinwuchs und Hochwuchs, viel Karies und sonstige schwere Zahndefekte. Ferner alle möglichen Formen von Regulationsstörungen und Insuffizienzen des Gefäßapparats, des Wasserhaushalts, des pneumogastrischen Systems, der Blase; endlich die verschiedensten Zeichen einer gesteigerten und beschleunigten Umschaltbarkeit der psychophysischen Apparate, Neigung zu elementaren, reflexmäßigen Reizentladungen, anlaufenden Reflexmechanismen und Zittererscheinungen jeder Art. Kontrolluntersuchungen an vegetativ-stigmatisierten Familien und Beobachtungen bei Migränekranken und Psychopathen haben folgendes ergeben: Nicht der Vasomotorismus, oder eine sonstige vegetative Labilität, nicht die Migräne oder das Psychopathische allein machen die iktaffine Konstitution aus. Wir könnten die Aufzählung noch fortsetzen und sagen: Nicht das Stottern, nicht die Linkshändigkeit, nicht das Bettnässen allein. Erst wenn sich aus ganz bestimmten erbbiologischen Bezirken Minderwertigkeiten und Schwächen verschiedener körperlicher Systeme und Apparate zusammenkoppeln, entsteht eine fertige iktaffine Konstitution.

Wenn sich aber z. B. lediglich Athletik und Vasomotorenschwäche oder hormonale Minderwertigkeiten und Schwächen der affektiven Apparate ohne den entsprechenden erbbiologischen Hintergrund in einer Anlage zusammenfinden, dann haben wir keine fertige Konstitution vor uns, sondern eine iktaffine Diathese. Aus dem Aufbau und der Anordnung unserer iktaffinen Konstitutionen geht eindeutig hervor, daß »die Epilepsie keine reine cerebrale Erkrankung ist« (*Neubürger*). Wie überhaupt der von *Siebeck* aufgestellte Satz, daß »das Gefäßsystem die wichtigste Einbruchsstelle des Funktionellen in das Organische« ist, an dem Krankheitsgeschehen der iktaffinen Konstitutionen vielfach bewahrheitet wird. Die iktaffinen Konstitutionsformeln lehren uns aber auch, daß *Kraulis* mit seiner durch eigene Untersuchungen bereits sehr wahrscheinlich gemachten Vermutung eines näheren inneren Zusammenhangs von genuiner Epilepsie und paroxysmaler Hysterie unbedingt Recht hat. *Kraulis* sagt: »Auffallend hoch ist die Zahl der Epileptiker in den Geschwisterschaften der Hysteriker«. Und *Luxemburger* fin-

det unter den Geschwistern der Epileptiker achtmal so viel Hysteriker wie in der Durchschnittsbevölkerung. Diese Befunde, die von der Konstitution her gesehen, gar nicht anders zu erwarten sind, geben Veranlassung darauf hinzuweisen, daß zwischen den zwei großen Gruppen der iktaffinen Konstitutionen selbstverständlich Übergänge und mannigfache Beziehungen bestehen. Es hat sich an meinen Untersuchungen gezeigt, wie richtig *Reichardts* Auffassung war, daß das Epilepsieproblem aufs engste mit der Namengebung verknüpft sei. In dem Augenblick, wo die scharfe Grenzziehung zwischen genuin und symptomatisch, zwischen organisch und funktionell fiel und an die Stelle des starren Entweder-Oder die von *Rüdin* und *Reichardt* schon 1923 ausgesprochene Frage trat: »Wieviel ist Anlage, wieviel ist äußere Einwirkung? und auf der anderen Seite: Wieviel ist organisch? wieviel ist funktionell?«, war der Weg für eine fruchtbare Anlageforschung frei. Ohne den durch *Förster* in seinem Epilepsie-Referat auf der Neurologentagung im September 1926 gegebenen Vollzug einer Synthese von neurologischem und konstitutionellem Denken und ohne die Erfahrungen unserer Kriegsneurologen, wäre das Beschreiten dieses Weges nicht möglich gewesen.

Erscheint als Monographie.

Vortrag *Conrad*-München: Die Bedeutung der Erbanlage bei der Epilepsie (Untersuchung an 253 Zwillingspaaren).

Verf. berichtet über eine Zwillingsuntersuchung an Epileptikern, deren Durchführung durch die große Meinungsverschiedenheit über die Frage der Vererbbarkeit der Epilepsie motiviert wird. Diese Divergenz der Ansichten wird erklärt durch die falsche Fragestellung: Ist die Epilepsie erblich oder nicht? Die Frage hat zu lauten: Was an dem großen Komplex der Epilepsie ist erblich, was ist erworben?

Aus einem Ausgangsmaterial von 17000 Epileptikern wurden alle Zwillinge herausgezogen und von diesen 253 Paaren sowohl die Eiigkeit wie die psychiatrische Qualität der dazugehörigen Partner, soweit sie noch am Leben waren, untersucht. Die Ergebnisse sind: Von den Eineiigen erwiesen sich 66,6% der Partner concordant, wobei unter Konkordanz lediglich das Auftreten von Epilepsie oder epileptischen Äquivalenten beim Partner verstanden wird. Von den Zweieiigen waren 3,15% concordant. Nach einer Scheidung der Fälle in idiopathische und symptomatische Formen steigt die Konkordanzziffer bei den idiopathischen Eineiigen auf 86,3%.

Daraus ist mit Sicherheit der Schluß zu ziehen, daß unter den das epileptische Syndrom verursachenden Faktoren ganz zweifellos solche erblicher Natur eine wichtige Rolle spielen.

Aussprache: *Kaldewey*-Eickelborn weist hin auf die unbedingte Notwendigkeit genauester körperlicher Befundaufnahmen zum Zwecke der Erleichterung der Arbeit der Forschungsinstitute durch die Anstalten. Gewissenhafteste Erfassung aller beobachtbaren äußeren Merkmale unter Hinweis auf die Zusammenhänge zwischen Z.N.S., Haut und Sinnesorganen.

Hoffmann-Gießen: Die Differentialdiagnose zwischen erblicher und nicht erblicher Epilepsie ist nicht immer leicht. An der Gießener Klinik haben wir seit einiger Zeit auch das Encephalogramm zur Untersuchung mit herangezogen. Dabei erlebt man manche Überraschungen. Bei einzelnen Fällen, die sich durch nichts in ihrem Befund und in der Art der Anfälle von einer genuinen Epilepsie unterschieden, hat das Encephalogramm einen Hirn-

tumor ergeben. Es sind außerdem spezifizierte Liquoruntersuchungen zur Differentialdiagnose erforderlich. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zwingt uns, alle Hilfsmittel auszunützen, um zu einer einwandfreien Diagnose zu gelangen. Selbstverständlich muß der klinische Befund durch die Sippschaftstafel ergänzt werden, die uns häufig eindeutig den Weg zeigt.

Kehrer-Münster: weist auf die Schwierigkeit der Beweisführung von *Abadie*, mit der dieser jede erbliche Verursachung der »genuinen Epilepsie« ablehnt, hin. Da durch die Untersuchungen von *Conrad* scheinbar die ausschließliche Erblichkeit der genuinen Epilepsie abschließend erwiesen ist, wäre es besonders wichtig zu erfahren, ob die Diagnose der Ein- und Zweieiigkeit über jeden Zweifel erhaben ist, ob z. B. alle der als Eineiige angesehenen phänotypisch so sicher eineiig sind wie die hier im Bild gezeigten Fälle. Von großem Interesse wäre anderseits wohl ein Vergleich zwischen dem Sippenbilde der von *Conrad* herangezogenen Zwillingsfälle und dem eines gleich großen Materials von Epileptikern, die keine Zwillinge sind.

Schaltenbrand-Hamburg: Bei der außerordentlichen Bedeutung, die die Diagnose einer genuinen Epilepsie für den Kranken hat, müssen alle diagnostischen Möglichkeiten erschöpft werden, um diese Diagnose zu sichern, und um diejenigen Fälle zu erfassen, die als symptomatische Epilepsie nicht unter das Sterilisierungsgesetz fallen. Häufig deckt schon die klinische Untersuchung eindeutige Merkmale auf, z. B. Differenzen im Wachstum der Extremitäten und in der Exaktheit der Motorik, die im Verein mit der Vorgeschichte auf eine traumatische oder eine entzündliche Hirnschädigung hinweisen. In einer Untersuchung, die mein Mitarbeiter Dr. *Wand* durchgeführt hat, fand er im Enzephalogramm von Kranken der Eppendorfer Nervenklinik, die bis dahin als genuine Epilepsie gegangen waren, bei etwa 10% der Fälle deutliche Veränderungen des Ventrikelbildes, die auf eine Hirnschädigung oder auf eine Geschwulst hinwiesen. Selbst wenn man annimmt, daß durch gründlichste Untersuchung dieser Prozentsatz noch verkleinert werden kann, so halte ich es doch für richtig, daß man jedem Epileptiker empfiehlt, sich wenigstens einmal in seinem Leben enzephalographieren zu lassen, um mit Sicherheit die symptomatische Epilepsie auszuschließen.

C. Schneider-Heidelberg: weist darauf hin, daß auch in den Familien sicher symptomatisch Epileptischer (z. B. bei klaren Residualepilepsien) eine gesteigerte Krampfdisposition gar nicht so selten nachgewiesen werden kann. Diese Kampfdisposition äußert sich in Erkrankung von Geschwistern, Nachkommen oder Vorfahren, andere Formen der Epilepsie, oder auch in Migräne, Linkshändigkeit usw. Es ist in solchen Fällen selbstverständlich der Tatbestand erblicher Epilepsie im Sinne des § 1 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gegeben, auch wenn es sich um symptomatische Epilepsien handelt. Die Diagnose symptomatische Epilepsie befreit also nicht schlechthin von der Sterilisation, sondern es kommt auf den tatsächlichen Nachweis an, daß die Familie des Kranken von erblicher Epilepsie frei ist. Das ist auch praktisch berechtigt, denn da symptomatische Epilepsie genau wie genuine zu chronischen Krankheits- bzw. Verblödungszuständen führen kann, hat sie genau die gleiche nosologische Bedeutung wie die genuine Epilepsie und ihre Verhütung ist genau nach denselben Gesichtspunkten vorzunehmen, wenn es sich um symptomatische Formen handelt, bei denen die Krampfbereitschaft in gesteigertem Maße erblich ist. Wir haben

kein Interesse daran, die erbliche Veranlagung zu gesteigerter Krampfbereitschaft weiter gehen zu lassen, wenn wir doch wissen, daß beliebige äußere Schädigungen mit hoher Wahrscheinlichkeit bei ihren Trägern chronische epileptische Bilder erzeugen werden.

Pette-Hamburg: Wenn auch durch die sehr interessanten Untersuchungen des Herrn *Conrad* nunmehr die große Bedeutung des Erbfaktors für die Pathogenese der genuinen Epilepsie als sicher erwiesen gelten kann, so sind damit die diagnostischen Schwierigkeiten, denen der Kliniker in vielen Fällen begegnet, noch keineswegs beseitigt. Es ist zu fordern, daß in zweifelhaften Fällen alle physikalischen Untersuchungsmethoden erschöpfend Anwendung finden. Daß das Encephalogramm in solchen Fällen kein absolut sicheres Kriterium ist, haben wir mit zunehmender Erfahrung gerade in den letzten Jahren gelernt. Trotzdem aber können wir seiner auch in Zukunft nicht entraten. Jedenfalls sind Anomalien in der Liquorreaktion und -resorption, wie sie besonders nach traumatischer Schädigung des Gehirns, einschl. Geburtstraumen vorkommen, nur auf diese Weise zu erfassen.

Schlußwort *Conrad:* Auf die Frage *Kehrers* nach der Eiigkeitsbestimmung wird eine kurze Darstellung davon gegeben. Es wurden die von *Luxenburger* angegebenen Maße am Schädel anthropologisch gemessen, Haar- und Augenfarbe bestimmt, die Weichteile des Gesichts gezeichnet und beschrieben, Fingerabdrücke aller 10 Finger und der Handflächen vorgenommen und Photographien des Gesichts und des Schädels von vorne und beiden Profilen hergestellt.

Die klinische Scheidung in idiopathische und symptomatische Form ist gewiß noch sehr wenig befriedigend, was nicht nur im Methodischen, sondern auch im Begrifflichen liegt, als darin keine absolute Alternative gegeben ist.

A. E. Kornmüller-Berlin-Buch: Bioelektrische Untersuchungen über den Pathomechanismus des Zentralnervensystems.

Eine unerläßliche Voraussetzung für das obige Thema ist die Kenntnis derjenigen bioelektrischen Erscheinungen, die der Ausdruck der normalen Tätigkeit des Zentralnervensystems sind. Über diese wird an neuen Beispielen kurz berichtet. Auf einige Analogien in den Eigenströmen homologer Felder verschiedener Tiere wird hingewiesen. Stets konnten auch bisher bei pathophysiologischen Befunden einer Tierart an einer ganz anderen analoge Befunde gemacht werden. Daraus ergibt sich, daß aus Tierexperimenten, auch was die bioelektrischen Erscheinungen betrifft, weitgehende Schlüsse auf die bioelektrisch faßbare Tätigkeit des Menschenhirns gezogen werden dürften.

Bei Einwirkungen von Schädlichkeiten auf das Zentralnervensystem ist nach Möglichkeit zu unterscheiden zwischen den Zentren, die primär von diesen getroffen werden und auf diese direkt reagieren, und den Zentren, die auf nervösem Wege von einer primär getroffenen Stelle aus in abnorme Tätigkeit gebracht werden. Es werden Befunde mitgeteilt über umschriebene Einwirkungen im Sinne von Lähmungen (Kälte und Exstirpation) und Reizungen (Methoden der experimentellen Epilepsieauslösung). Die bioelektrischen Erscheinungen der Einwirkungsstelle sowie anderer Hirnrindenfelder werden dargelegt. An Hand dieser Befunde wird unter anderem auf die Empfindlichkeit der bioelektrischen Methodik hingewiesen. Unter diesen abnormen Bedingungen zeigen sich Beziehungen zwischen Zentren, die bei nor-

maler Tätigkeit nicht in Erscheinung treten. Es werden einige Befunde mitgeteilt zu folgenden allgemeineren Fragestellungen: Wie hängt die bioelektrisch faßbare Reaktion des einzelnen durch die Schädlichkeit direkt getroffenen Zentrums a) vom Bau dieses Zentrums, b) von der Reizintensität und c) von der Reizqualität ab? a) Bei gleicher Reizart und -intensität sind die bioelektrischen Antworten verschieden gebauter Zentren verschieden. b) Es besteht eine große Abhängigkeit von der Reizintensität und es hat den Anschein, daß es eine Reaktionsskala der Grisea in Abhängigkeit von dieser gibt. c) Trotz verschiedenartigster Reizqualität fanden sich über gleich gebauten Feldern vorübergehend gleiche bioelektrische Bilder. Zu prüfen, ob die Reizqualität in allen Fällen keine besondere Spezifizität auf die Gestaltung der abnormen bioelektrischen Tätigkeit hat, wird dadurch erschwert, daß es schwer gelingt, zwei verschiedene Reizarten wirkungsgleich zu dosieren. Empfehlenswert für diese Fragen wäre die Registrierung von im Bau homogenen Zentren.

Die Möglichkeiten der Reizbeantwortung von seiten des einzelnen Zentrums scheinen nicht sehr groß. Die in der Klinik entgegentretende Mannigfaltigkeit der Pathologie des Zentralnervensystems ist in der Vielgestaltigkeit des Baues und der Verknüpfung der zentralnervösen Zentren und besonders in der differenten Vulnerabilität der einzelnen Zentren und feineren Baueinheiten gegenüber den verschiedenen Noxen zu suchen. Dafür werden experimentelle Befunde angeführt. Es wird dargelegt, daß die bioelektrische Lokalisationsmethode weitgehende Förderung neurologischer und psychiatrischer Fragestellungen erwarten läßt.

Fahreddin-Kerim-Istanbul: Über Friedreichsche Ataxie (erscheint in Deutsch. Z. f. Nervenheilkunde).

Fr. Schob-Dresden: Eine neue, durch Auftreten eigenartiger, großzelliger Infiltratzellen gekennzeichnete Erkrankung des Zentralnervensystems.

Der erste Fall entsprach klinisch dem Bild einer langsam progressiven cerebellaren Heredo-Ataxie. Zwar fehlte die Erblichkeit, aber wir wissen, daß es doch sporadische Fälle cerebellarer Heredo-Ataxie gibt.

Die erwartete typische Kleinhirnatrophie fand sich nicht. Makroskopisch war das Kleinhirn überhaupt nicht wesentlich verändert, nur erschien es beim Einschneiden etwas hart. An einer Stelle waren die Meningen von einer tumorartigen Masse erfüllt, an anderen Stellen erschienen die Meningen etwas verdickt. Das tumorartige Gebilde bestand aus großen, gittrigen Zellen, die aber nur ganz teilweise Fett speicherten und kleineren Zellen, offenbar den Ursprungszellen der großen Zellen. Eingebettet waren diese Zellen in ein feines, mesodermales Reticulum; das ganze Gebilde war durchsetzt von dicken Gliabalken und -bändern, die aus der Molekularschicht in die Meningen eingewachsen waren. Auch sonst fanden sich in den Meningen zahlreiche Nester der oben beschriebenen kleineren und größeren Zellen. Immer zeigte sich an diesen Stellen eine starke Tendenz der Glia, in Gestalt von Bändern und Balken in die Meningen einzuwachsen. Im Kleinhirn selbst, namentlich im Marklager zahlreiche Herde, im Markbild mehr oder weniger entmarkt, aber nicht so scharf abgesetzt, wie bei multipler Sklerose, mottenfraß-ähnlicher Übergang in das Gewebe. Im Gliabild starke, faserige Gliawucherung, im van Gieson-Bild innerhalb der Herde oft Durcheinander von gliösen und mesodermalen Zügen. Im Nissl-Bild wie im van Gieson-Bild bestehen die Herde

aus zellreicheren und zellärmeren streifig-zopfigen Partien; gewisse Ähnlichkeit mit dem Bau der Neurinome. In der Umgebung der Herde Körnerschicht stark gelichtet, Purkinje-Zellen vielfach geschwunden, stellenweise Axonschwellungen, Adventitialraum der Gefäße mit den gleichen Zellen infiltriert wie die Meningen, stellenweise auch Plasmazellen. Im Bereich der Körnerschicht stellenweise, ganz ausgedehnt im Nucleus dentatus Gefäße mit Pseudokalk imprägniert. Im Nucleus dentatus zahlreiche zwei- und dreikernige Ganglienzellen. Ähnliche Herde im Ammonshorn, in den zentralen Ganglien, Brücke, verlängertem Mark, Rückenmark. Bau der Herde ganz der gleiche wie im Kleinhirn. Besonders auffällig ist, daß in das mesodermale Gewebe der infiltrierten Gefäße ganz gleiche Bindegewebsbalken einwachsen, wie das von den Meningen des Kleinhirns beschrieben ist.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen Nebenbefund bei einer alten Frau; Diagnose cerebrale Erweichungsherde, die sich tatsächlich auch fanden. Als Nebenbefund wurden ganz ähnliche Herde wie im ersten Fall im Kleinhirn und verlängertem Mark beobachtet. Die Infiltrate der Gefäße waren hier noch wesentlich größer als im ersten Fall, ebenso erreichten die gittrigen Zellen hier noch wesentlich größere Formen; auch hier kein Fett in den Zellen. Wie im ersten Fall auch hier Einwucherung gliöser Gewebsbalken in die mesodermalen Hüllen der Gefäße. Keine Beteiligung der Meningen.

Beiden Fällen gemeinsam: Entwicklung von Herden mit Markscheidenausfall und Gliawucherung, Auftreten eigenartiger, großer, teilweise gittriger Infiltratzellen, die kein Fett enthalten, Neigung der Glia, in mächtigen Balken in die mesodermalen Hüllen der infiltrierten Gefäße und (im ersten Fall) der infiltrierten Meningen einzuwuchern. Die Differenzial-Diagnostik schwankt zwischen der Annahme einer eigenartigen Tumorbildung (in diesem Sinne ist über den ersten Fall auf der Internationalen Neurologenversammlung in Bern berichtet worden), einer nicht näher bekannten Speicherkrankheit, und endlich, was mir zurzeit als das Wahrscheinlichste erscheint, einer exogen bedingten, herdförmigen Erkrankung; eine einwandfreie Klassifikation erscheint zurzeit nicht möglich.

R. A. Pfeifer-Leipzig: Das Lokalisationsprinzip im Lichte der Angioarchitektonik des Gehirns. (Mit Demonstrationen vollkommener Gefäßinjektionspräparate.)

Die Entwicklung einer Pathoangioarchitektonik der Hirntuberkulose (cf. Kreislauf und Hirntuberkulose. Dresden 1935. Verlag Th. Steinkopff) mit Hilfe der vollkommenen Gefäßinjektionsmethode hatte die Herstellung völlig fehlerfreier Standardserien für die normale Angioarchitektonik des Gehirns zur Voraussetzung. Die Bemühungen darum schienen lange Zeit vergeblich durch ein fleckiges Aussehen der Präparate mit seltsamen Begrenzungslinien in der Hirnsubstanz, bis sich herausstellte, daß diese artifiziell erscheinenden Differenzen bei der gleichen Tierspezies an der gleichen Stelle und in der gleichen Form immer anzutreffen, kontralateral auch in der anderen Hemisphäre auffindbar und selbst bei den verschiedenen Tierspezies an homologer Stelle vorhanden waren. Es bestand nunmehr kein Zweifel, daß es sich hierbei um angioarchitektonische Feldergrenzen der Rinde handelte. Der Nutzen dieser Feststellung in der Richtung des Lokalisationsprinzips liegt auf der Hand. Bei Koinzidens der angioarchitektonischen Feldergrenzen mit denen der Cytoarchitektonik und Myeloarchitektonik wird der Schluß von morpho-

logischen Differenzen auf Funktionsunterschiede dem subjektiven Ermessen entrückt und objektiv gesichert erscheinen müssen. Es ergeben sich ferner eine Fülle von differenten morphologischen Eigenheiten der Gefäße in den einzelnen Hirnabschnitten, die erwarten lassen, daß mit der näheren Untersuchung dieser Verhältnisse auch der Begriff der Pathoklise eine schärfere Umreißung erhalten kann als bisher möglich war. Endlich erweist sich das Gefäßsystem immer mehr als ein Organ der psychischen Leistung, welches die im funktionstragenden Parenchym begründete Begabung aktiviert. Es kann kein Zweifel mehr bestehen, daß es in der Anlage des Gefäßsystems im Gehirn bei aller von Erbfaktoren abhängigen Gesetzmäßigkeit Variationen gibt, die bisher unberücksichtigt bleiben mußten, weil man sie nicht kannte, so daß z. B. bei fortschreitender Erkenntnis unsere Auffassung von Terminalgebieten einer einzelnen Hirnarterie noch einen wesentlichen Wandel erfahren wird. Dadurch steht nun zu erwarten, daß die bisherige Herdlehre erschüttert werden wird, aber in der Literatur sind bereits Beispiele vorhanden, daß mit der neuen Auffassung das Verständnis der pathologischen Vorgänge sogar erleichtert wird. Die Anschaulichkeit der darstellenden Anatomie läßt sich im Referat nicht fassen und wird aus der Monographie des Materials ersichtlich sein.

Hermann Stefan-Köln: Wirbelbogenveränderungen bei Rückenmarkstumoren.

Im Anschluß an die einschlägige Literatur (*Camp, Adson, Shugrue, Elsberg* und *Dyke, Dyes, Lund*) referiert Redner über eigene Beobachtungen hinsichtlich Röntgenbefunde an den Wirbelbogen bei Rückenmarkstumoren. Es wurden insgesamt 38 Fälle beobachtet, wovon 12 Fälle Veränderungen wie folgt aufwiesen. Diese Methode hat den Vorzug, daß sie uns bereits aus dem Lehrbild Aufschluß über die Weite des Wirbelkanals gibt. Gegenüber einer früheren Mitteilung stellt der Redner fest, daß es nur in 31,6% zu nachweisbaren Veränderungen auf dem Leerbild kommt.

Auf den A. P. Aufnahmen der normalen Wirbelsäule bilden die inneren Grenzlinien der Ovale konvexe Linien. Diese Linien können allerdings physiologische Abflachungen aufweisen. Konkave Grenzlinien werden normalerweise nicht beobachtet, sondern sie sind die Folgeerscheinung einer Drucksteigerung im Wirbelkanal. Das Oval ist die Projektion der Radices arcus vertebrae. Der Abstand zwischen beiden Ovalen gibt uns Aufschluß über den Durchmesser des Wirbelkanals. Es kommt infolge der lokalen Druckwirkung bei raumbeengenden Prozessen auf die Wirbelbogen zu einer Druckatrophie derselben. Die Ovale werden dadurch verschmälert atrophisch und können konkave Grenzlinien aufweisen. Die Messungen des Abstandes zwischen den Ovalen ergibt uns einen deutlichen Nachweis für den Umfang des Wirbelkanals. Eine über die Norm hinausgehende Vergrößerung des interovalären Abstandes ist uns ein verläßlicher Beweis für eine lokale Drucksteigerung. An Hand von wiedergegebenen Röntgenphotogrammen wird diese Messungsmethode und die typischen Veränderungen deutlich und verständlich gemacht. Ein wesentlicher gradueller Unterschied des interovalären Abstandes zwischen extramedullären und intramedullären Tumoren konnte nicht beobachtet werden. Dieses Merkmal ist kein Frühsymptom und ist nur im positiven Sinne zu verwerten. Das Fehlen einer Ausweitung des Wirbelkanals bzw. einer Veränderung der Gestalt und der Form der Ovale spricht nicht gegen das Vorhandensein eines Rückenmarktumors. Vielleicht ergibt die Zu-

kunft an Hand eines großen klinischen Krankenmaterials noch bessere Ergebnisse.

H. Altenburger-Breslau: Zur Physiologie des *Barany*schen Zeigeversuches. Nach Untersuchung von *H. Priebus.*

Das Vorbeizeigen bei der Vestibularisreizung wird als eine Richtungsabweichung aufgefaßt. Weshalb wird aber diese nicht durch proprioceptive afferente Erregungen kompensiert, von denen bekannt ist, daß sie eine optimale Erreichung des Bewegungszieles auch dann garantieren, wenn der Ausführende nicht bewußt darauf eingestellt ist. Es wurde deshalb untersucht, ob die sensible Kontrolle des Bewegungsablaufes während der Vestibularisreizung überhaupt volleistungsfähig bleibt. Dabei diente als Test das Unterscheidungsvermögen für das Ausmaß passiver Bewegungen mit Hilfe einer Zeigervorrichtung und Skala. Dabei zeigte sich, daß die vestibulären Reaktionen — Nystagmus und Vorbeizeigen — begleitet sind von einer Zunahme der Fehlergröße bei der Beurteilung passiver Bewegungen, daß es also zu einer Verschlechterung des Lagegefühls kommt. Die Vergrößerung der Fehler zeigt nicht eine bestimmte Richtungstendenz, sondern ist eine uncharakteristische und bei einseitiger Reizung auf beiden Körperseiten nachweisbar. Es kommt also unter dem Einfluß der Vestibularisreizung zu einer Verschlechterung der sensiblen Bewegungskontrolle, die es verständlich macht, daß das Vorbeizeigen nicht kompensiert wird, es sei denn, daß der Untersuchte bewußt darauf eingestellt ist.

Stier-Berlin: Über die Deutung usw. (siehe D. Z. f. Nervenheilk.)

Aussprache: *Kleist*-Frankfurt:

Wagner-Breslau: Zwillingsschädel im Röntgenbild.

Das Ziel der Arbeit ist eine systematische Erfassung der erbbedingten Merkmale des Schädels, soweit sie sich durch Röntgenaufnahmen am Zwillingsschädel erfassen lassen. Es werden als vorläufiges Ergebnis die Befunde an Schädelröntgenbildern von 12 eineiigen und 8 zweieiigen Zwillingen mitgeteilt. Es wird darauf hingewiesen, daß man das Schädelröntgenbild von Zwillingen unter den angegebenen Gesichtspunkten anders betrachten muß, als man das von der Röntgendiagnostik des Schädels her gewohnt ist. So etwa finden sich in der Schädelkonfiguration bei EZ und ZZ erhebliche Diskordanzen. Auch darf man sich nicht dazu verleiten lassen, mit Zirkel und Lineal Maße an Konturen zu nehmen, die von ganz verschiedenem Abstand auf den Film projiziert worden sind. Meßbar sind nur solche Konturen, die durch unmittelbares Aufliegen auf die Platte entstanden sind. Das Schädelröntgenbild zeigt Knochenformen und -Strukturen, physiologische intrakranielle Verkalkungen und Gefäße. Am Knochensystem erweist sich die Schädeldicke, die in der Kontur der Konvexität und der Schattierung des Schädels zur Darstellung kommt, als ein erblich bedingtes Merkmal, ebenso wie die Grundform der Sella und die Ausbildung des inneren und äußeren Occipitalsporns. Auch die Art der Nahtbildung, der Zeitpunkt des Schlusses der Schädelnähte bzw. das Persistieren infantiler Nähte (Mendosanaht im Occipitalbein, Stirnbeinnaht usw.) erscheinen nach dem bisher vorliegenden Material als hervorragend erblich bedingte Merkmale. Die Occipitalschuppe als der am ausgeprägtesten modellierte Knochen der Schädelkapsel, der der Platte unmittelbar angelegt werden kann, hat sich

für die Eiigkeitsdiagnose von Zwillingen als geeignet erwiesen. Es werden in Fortsetzung der Materialsammlung künftighin vom Zwillingsschädel je eine seitliche und eine occipitale Aufnahme angefertigt. Soweit das Material ein Urteil zuläßt, sind auch die physiologischen intrakraniellen Verkalkungen (Epiphysen- und Plexusverkalkungen, Falxverkalkung, Verkalkung des ligamentum sello-petrosum) hervorragend erblich bedingte Merkmale. Es hat sich gezeigt, daß selbst der Grad, etwa der Epiphysenverkalkung oder der Plexusverkalkung bei EZ weitgehend übereinstimmt, während sich bei ZZ erhebliche Diskordanzen finden. Auch die Art der Gefäßbildung, die Ausbildung eines Venensterns in der Parietalgegend scheinen erblich bedingte Merkmale zu sein. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen an einem verhältnismäßig kleinen Material körperlich gesunder Zwillinge ermutigen zur Fortsetzung der Sammlung. Auf Grund der Vielheit der erblich bedingten Merkmale wird die Vermutung ausgesprochen, daß es nach Ausbau der Methode möglich sein wird, das Röntgenbild des Schädels zur Eiigkeitsdiagnose bei Zwillingen heranzuziehen.

Zum Schluß wird über ein Enzephalogramm, das bei eineiigen, schwachsinnigen Zwillingen angefertigt wurde, berichtet. Von den Zwillingen hatte der schwachsinnigere Partner eine intrauterine Schädelimpression davongetragen, die unmittelbar nach der Geburt operativ korrigiert wurde. Auf dem Enzephalogramm zeigt dieser Zwilling eine allgemeine Erweiterung des Ventrikelsystems, wobei besonders auf der Seite der ehemaligen Impression der Seitenventrikel stark erweitert ist. An übereinstimmenden Zeichen bieten die Enzephalogramme nur eine auffallend breite Ausziehung der Hinterhörner bei beiden Zwillingen.

Rehwald-Berlin: Haemangioma arteriale cer., Gefäßanomalie, Arteriogramm.

Die Eigenart eines auf unserer Abteilung beobachteten Falles veranlaßt mich Ihnen kurz hier die Röntgenaufnahmen zu demonstrieren. Es handelt sich um eine Kranke, die bis auf leichte Herzbeschwerden während der Schulzeit bisher gesund war und jetzt in ihrem 46. Lebensjahr akut nach einem Preßakt erkrankt ist. Bei der Aufnahme bot sie, nachdem sie zwei Tage bewußtlos war, das Zustandsbild einer Parieto-temporal Geschädigten, sie war sens. aphatisch, apraktisch rechts, zeigte stereognostische Störungen, Alexie, Agraphie und schwere Orientierungsstörungen, die nicht durch den Grad der Bewußtseinstrübung zu erklären waren. Weiterhin war ein erheblicher, nicht pulsierender doppelseitiger Exophthalmus zu beobachten, neben einem starken Hervortreten der Carotiden. Über der ganzen linken Schädelhälfte war ein lautes blasendes systolisches Geräusch zu hören. Die Diagnose eines Angioms der genannten Gegend war nach diesen Beobachtungen nicht zweifelhaft. Der Röntgenbefund des Schädels (Demonstration) war überraschend. Über den ganzen Kopf ziehen sich breite Aufhellungsbänder, die dem Bild das Aussehen einer zebraartigen Streifung geben. Erst nachdem dies Bild bekannt wurde, konnten wir feststellen, daß die Gefäßfurchen an der Außenseite des Schädels in ihrem ganzen Verlauf beiderseits palpabel waren. Das vorgenommene Arteriogramm (Demonstration) bestätigte dann die angenommene Diagnose. Sie sehen ein aus der Art. cer. med. entspringendes Convolut von Gefäßen, das etwa eine Ausdehnung von 7 mal 12 cm aufweist. Nach der Durchsicht der deutschen und vor allem

der amerikanischen Literatur, auch besonders der Mitteilungen von *Moniz* konnte ich keine derartigen Beobachtungen finden, ein einziger Fall eines Angioms, der in etwa dem unsrigen entsprechen könnte, wurde von Herrn Geheimrat Prof. *Wessely* 1934 auf der Tagung der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg gezeigt, doch unterscheidet sich der Fall grundsätzlich dadurch von dem unsrigen, daß die dort beobachteten Gefäßerweiterungen sich an der Art. et Venae mening. mediae darstellen. Da anscheinend der Beobachtung derartiger Gefäßerweiterungen eine diagnostisch entscheidende Bedeutung hinsichtlich des Bestehens eines Haemangioms zukommt, habe ich den Fall vorgestellt.

II. Gemeinsame Sitzung der neurologischen und der psychiatrischen Abteilung (3.IX.). Vorsitz: vormittags *Nonne*-Hamburg, nachmittags *Kleist*-Frankfurt. Nachmittags Mitgliederversammlung: Niederschrift am Schluß des Berichts.

3. Bericht: Die Spätlues des Zentralnervensystems einschließlich der progressiven Paralyse.

1. *Jahnel*-München: Anatomischer und parasitologischer Teil.

Die Zusammenfassung der in späteren Jahren nach der Syphilisansteckung auftretenden Nervenkrankheiten als Spätsyphilis deckt sich nicht immer mit den Krankheitsprozessen, indem gleichartige Meningitiden sowohl einige Wochen als auch viele Jahre nach der Infektion in Erscheinung treten können. Tabes und Paralyse pflegen zwar in einem längeren Abstand von der Infektion aufzutreten, nehmen aber trotz ihrer Verursachung durch den Syphiliserreger gegenüber den syphilitischen Prozessen im engeren Sinne (Meningitiden, Gummen und Gefäßerkrankungen, die meist dem Tertiärstadium angehören), eine Sonderstellung ein. Prozesse der Nervensyphilis im engeren Sinne treten in der Regel früher (meist in den ersten Jahren nach der Ansteckung) in Erscheinung, als Paralyse und Tabes. Die Bezeichnung der Paralyse und Tabes als Metasyphilis oder Parasyphilis entspricht nicht mehr unserer heutigen Auffassung von dem Wesen dieser Erkrankungen. Auch erscheint es nicht zweckmäßig, Paralyse und Tabes als quartäre oder nachtertiäre Syphilis zu benennen, weil wegen des bekannten Gegensatzes zwischen tertiärer Syphilis und Paralyse bzw. Tabes diese Kranken fast nie Tertiärerscheinungen dargeboten haben. Daß dies bei endemischer Lues, wie *Beringer* es in der Burjato-Mongolei festgestellt hat, nicht so ist, steht auf einem anderen Blatt. Ich habe vorgeschlagen, Paralyse und Tabes nicht mehr als metasyphilitische, sondern als etisyphilitische (ἔτι = griechisch: noch) Erkrankungen zusammenzufassen. Die der Nervensyphilis im engeren Sinne angehörenden Prozesse gehen nach den Feststellungen von *Spatz* aus der Meningitis hervor, die sich sowohl an der äußeren Hirnoberfläche (*Spatz*) als auch an der inneren Hirnoberfläche (*Pette, Spatz*) ausbreiten kann. Durchaus nicht alle Meningitiden tragen gummösen Charakter; nichtgummöse Meningitiden kommen auch in den Spätstadien der Syphilis vor, wie übrigens auch die in den inneren Organen bei Spätsyphilis auftretenden Prozesse durchaus nicht immer tertiären Charakter aufweisen, sondern vielfach als uncharakteristische schleichende Entzündungen in Erscheinung treten. Übrigens kann sogar im Verlauf der Tabes eine Hirnhautentzündung auftreten und dann zuweilen stürmische Krankheitserscheinungen — das von französischen Autoren neuerdings studierte Bild der akuten Ataxie — hervorrufen.

Gummen im Zentralnervensystem werden heute nur selten beobachtet. Gefäßerkrankungen zeigen meist den Charakter der *Heubner*schen Endarteriitis. Die Endarteriitis der kleinen Hirngefäße, wie sie zuerst von *Nißl* genau beschrieben worden ist, und bei der *F. Sioli* Spirochäten nachgewiesen hat, ist recht selten. Unsere Kenntnisse über die pathologische Anatomie der Syphilis des Nervensystems, insbesondere auch der Paralyse und Tabes, sind zu einem gewissen Abschluß gekommen und grundsätzliche neuere Feststellungen sind nicht zu verzeichnen. Bezüglich aller Einzelheiten der Syphilis des Nervensystems verweist Vortr. auf die neueren Hand- und Lehrbuchdarstellungen. Die Paralyse zeigt nicht nur im *Nißl*bild charakteristische Erscheinungen, sondern auch im Hortegapräparat. Bei der Paralyse pflegen nach den grundlegenden Feststellungen von *del Rio-Hortega* die Mikrogliazellen in charakteristischer Form zu hypertrophieren. Zur Schnelldiagnose der Paralyse hat sich die *Spatz*sche Eisenreaktion allgemein eingebürgert. Paralyseähnliche anatomische Bilder kommen auch bei Tieren vor, z. B. bei der spontanen Enzephalitis bei Kaninchen (*Nißl*), bei Affen (*Bodechtel*) und merkwürdigerweise auch bei Hühnern, wie dies *Wertham* in meinem Laboratorium festgestellt hat. Bei der spontanen Enzephalitis der Hühner geht die Ähnlichkeit mit der Paralyse so weit, daß auch die *Spatz*sche Eisenreaktion in gleicher Weise positiv ausfällt. Der pathogenetische Mechanismus der tabischen Hinterstrangerkrankung ist noch nicht endgültig aufgeklärt. — Es ist heute seit der Entdeckung *Noguchi*s über jeden Zweifel erhaben, daß Paralyse und Tabes mit der Syphilis in direktem Zusammenhange stehen. Invisible Virusarten spielen bei diesen Krankheiten keine mitwirkende oder ursächliche Rolle. Die Vermutungen rumänischer Forscher (*Jonesco-Mihaesti, Tupa, Badenski* und *Wisner*), die auf Grund falsch gedeuteter Tierexperimente (Täuschung durch eine Spontanerkrankung der Affen) die Ansicht geäußert hatten, daß der Erreger der inguinalen Lymphogranulomatose (Krankheit von *Nicolas* und *Favre*) eine Rolle bei der Entstehung der Tabes spielen könne, sind mit Recht von *C.* und *J. Levaditi* zurückgewiesen worden. Um das Studium der nervösen Spontanerkrankungen der Affen, deren Kenntnis für den Experimentator so wichtig ist, haben sich *Rothmann* sowie *Schröder*, in jüngster Zeit *Bodechtel, Schob, Scherer, Perdrau, Levaditi* und seine Mitarbeiter, schließlich *van Bogaert* und *Scherer* u. a. große Verdienste erworben.

Der Spirochätennachweis im Paralytikergehirn ist bekanntlich bei Untersuchung des frischen Gehirns mit der Dunkelfeldmethode in ca. 50%, bei Untersuchung von versilberten Schnittpräparaten in etwa 25% der Fälle gelungen. Unter Hinweis auf die zeitlichen und örtlichen Differenzen der Parasitenausbreitung in den einzelnen Fällen konnte ich wahrscheinlich machen, daß auch in den sogenannten negativen Fällen Spirochäten anwesend sind, die nur infolge der Beschränkung der menschlichen Arbeitskraft nicht gefunden wurden. Im Gehirn derjenigen Paralytiker, welche heute zur Autopsie gelangen, gelingt der Spirochätennachweis nur äußerst selten. Das liegt daran, daß durch die Infektionsbehandlung die Daseinsbedingungen für die Spirochäten im Paralytikergehirn wesentlich verschlechtert worden sind. Wäre die Entdeckung *Noguchi*s nicht längere Zeit vor Einführung der Malariabehandlung erfolgt, so würde man sich auf Grund des jetzt anfallenden Sektionsmaterials ein ganz falsches Bild vom Wesen der Paralyse und Tabes bilden. Meine auf der Tagung des deutschen Vereins für Psychiatrie, April 1921,

in Dresden vorgetragenen Feststellungen über die Ausbreitung der Spirochäten bei Paralyse und Tabes haben in den wesentlichsten Punkten ihre Gültigkeit behalten. Nur eines sei bemerkt: *Steiner* hat mit seiner Versilberungsmethode argyrophile Einschlüsse in manchen Zellen gefunden, in denen er zerfallene Spirochäten erblickte. Diese Zellen (meist handelte es sich um Lymphozyten, teilweise auch um Gliazellen) hat er deshalb Silberzellen genannt. Diese Deutung ist unzutreffend, denn Silberzellen finden sich auch bei nicht durch Spirochäten verursachten Krankheiten (z. B. der *Borna*schen Krankheit der Pferde). Aus der Gegenwart von Silberzellen dürfen daher keine Schlüsse auf die frühere Anwesenheit von Spirochäten abgeleitet werden. Alle Annahmen über das Verhalten der Syphilisspirochäten im Paralytikergehirn, soweit sich diese auf sogenannte Silberzellen stützen, sind daher falsch. Nur zweifelsfreie Spiralformen des Syphiliserregers erlauben Aussagen über das Geschehen im paralytischen Gehirn. Die Silberaffinität der Spirochäten ist für diese Parasiten keineswegs spezifisch; sie erlaubt nur, die Spirochäten in ihrer charakteristischen Gestalt im Gewebe zur Darstellung zu bringen. Die von *Levaditi, Schoen* und *Sanchis-Bayarri* in zahlreichen Veröffentlichungen verteidigte Hypothese, daß außer der Spiralgestalt des Syphiliserregers noch andere, unbekannte, etwa invisible Formen desselben existieren sollen, ist von *Jahnel, Prigge* und *Rothermundt,* ferner von *Bessemans, van Haelst* und anderen zurückgewiesen worden. Wenn Spirochäten in manchen syphilitischen Geweben zu fehlen scheinen, so läßt sich dies auch dadurch erklären, daß sie darin in zu geringer Zahl vorhanden sind, um durch die uns zur Verfügung stehenden Methoden nachweisbar zu sein. *Jahnel, Prigge* und *Rothermundt* haben in einer Emulsion rekurrenshaltigen Blutes die Zahl der Spirochäten gezählt und Verdünnungen hergestellt, die rechnerisch wohl bestimmte Mengen Spirochäten enthalten mußten und sich auch infektiös erwiesen, in denen aber die Spirochäten nicht zu finden waren. Auch die Mikrobiologie bedient sich zum Nachweis von in sehr geringer Zahl vorhandenen Keimen der Kulturmethoden und des Tierversuches, um die Parasiten zur Vermehrung zu bringen und sie dadurch nachweisen zu können. Leider gibt es kein Verfahren, das die Züchtung des Syphiliserregers ermöglicht. Die sogenannten Pallidakulturen, welche in verschiedenen Laboratorien gehalten werden — ich konnte 18 derselben, die ich mir von der ganzen Welt beschafft habe, untersuchen —, weichen in ihren Eigenschaften so stark vom Syphiliserreger ab, daß ich sie für saprophytäre Spirochäten der Genitalregion und der Mundhöhle halte. Solche Kulturen sind auch zu therapeutischen Zwecken verwendet worden. Wenn diesen eine — was nicht allgemein anerkannt wird — gewisse Heilwirkung zukommen sollte, so ließe sich diese als unspezifische, analog der Typhusvakzine erklären. Die Tatsache, daß bis heute eine einwandfreie Kultur des Syphiliserregers auf künstlichen Nährboden nicht gelungen ist, hängt wohl mit seiner großen Hinfälligkeit außerhalb des Organismus zusammen. Sonst müßten extragenitale Syphilisansteckungen viel häufiger sein. In Zukunft wird der Verhütung der Syphilis mehr Augenmerk geschenkt werden, als dies in früheren Jahren der Fall war, denn diese allein gibt sichere Gewähr, daß Paralyse und Tabes nicht zustande kommen. Selbstverständlich müssen wir auch weiterhin danach streben, die Heilmethoden für die syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und auch für die Frühsyphilis zu verbessern. Die Großtat von *Wagner-Jauregg* (Einführung der Malariabehandlung) hat uns nicht nur einen gewaltigen Fortschritt auf dem

Gebiete der Therapie der syphilitischen Nervenkrankheiten gebracht, sondern auch mit dem Dogma der Unheilbarkeit der Paralyse und Tabes endgültig aufgeräumt. Im Jahre 1919 haben *Weichbrodt* und ich syphilitische Kaninchen im Brutschrank erhitzt und dadurch eine Steigerung der Körpertemperatur erzeugt. Daraufhin bildeten sich die Schanker zurück und die Spirochäten aus ihnen verschwanden. Diese wiederholt nachgeprüften und in ihren Einzelheiten vielfach ausgestalteten Versuche (*Bessemanns* u. a.) haben immer zu gleichen Ergebnissen geführt. Neuerdings hat man auch in Amerika versucht, Paralytiker mit Temperatursteigerungen, die auf rein physikalischem Wege, z. B. durch Diathermie, erzeugt worden sind, zu behandeln, ein Verfahren, das allerdings der Malariabehandlung nicht gleichwertig zu sein scheint. Kürzlich hat auch *Levaditi* mit *Rothschild* und verschiedenen anderen seiner Mitarbeiter gefunden, daß eine sich der Kurzwellen bedienende Thermotherapie gegenüber der Syphilis oft wirksam war. Auf die Spirochäten in den Lymphdrüsen weißer Mäuse war die Wirkung dieser Behandlung allerdings keine ausreichende. Doch ist mir bei der Durchsicht der Protokolle aufgefallen, daß die Spirochäten in den Mäusegehirnen weit besser beeinflußt wurden. Ich möchte glauben, daß eine solche Thermotherapie auf die in verschiedenen Organen enthaltenen Spirochäten verschieden wirkt, vielleicht auf die im Gehirn vorhandenen Spirochäten besser als auf die Parasiten, die sich in anderen Organen befinden. Der Organismus kann sich aber der sehr empfindlichen und auf bestimmte Lebensbedingungen eingestellten Spirochäten zuweilen auch auf andere Weise entledigen. Mir ist es gelungen, vor einiger Zeit einen solchen Weg zu finden, auf dem sich ausschließlich durch natürliche Heilkräfte die Syphilisspirochäten sogar im Gehirn mit Sicherheit vernichten lassen; nur leider ist dieser Weg für den Menschen nicht gangbar. Wir haben gefunden, daß gewisse wild lebende Nager (Siebenschläfer) für Syphilis empfänglich sind und daß bei ihnen die Spirochäten auch ins Gehirn eindringen. Diese Tiere halten einen Winterschlaf, in welchem der Stoffwechsel stark herabgesetzt wird und die Körpertemperatur bis auf $+4^0$ und noch tiefer, lange Zeit hindurch erniedrigt ist. Nach dem Winterschlaf konnten wir bei den mit Syphilis geimpften Tieren diese Parasiten nicht mehr nachweisen. Es ist bedauerlich, daß der Mensch keinen Winterschlaf halten kann; auch eine Herabsetzung der Körpertemperatur etwa durch kalte Bäder ist ohne Gefährdung des Lebens nicht möglich. Sollte aber, was wir gerade untersuchen, diese spirochätentötende Wirkung auf einem endokrinen Faktor beruhen, so wäre es doch nicht ausgeschlossen, später einmal diesen in der Therapie der menschlichen Syphilis anzuwenden. Dieses Beispiel von der Einwirkung des Winterschlafes auf die Syphilisspirochäten führt uns vor Augen, daß es vielleicht außer der Chemotherapie und Infektionsbehandlung noch manche Faktoren gibt, die Verlauf und Ausgang der Syphilis beeinflussen können. *E. Hoffmann* hat darauf hingewiesen, daß die Knochenerkrankungen der kongenitalen Syphilis offenbar unter dem Einfluß des Wachstums spontan ausheilen. Es erscheint daher nicht zwecklos, die Biologie der Syphilisspirochäten eingehend zu studieren; vielleicht wird dabei doch einmal ein für die Behandlung der menschlichen Syphilis verwertbares Heilverfahren gefunden. Speziell für uns Neurologen und Psychiater wäre es auch von Wert, die in weiten Grenzen nach oben schwankende Inkubationszeit der Paralyse und Tabes verlängern zu können. Worauf die lange Inkubationszeit mancher Paralysefälle beruht, vermögen wir allerdings noch nicht zu sagen. Für die mehr-

fach behauptete Existenz besonderer neurotroper Syphilisstämme haben uns die neueren Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung keine Anhaltspunkte geliefert. So pflegen Syphilisspirochäten beim Kaninchen nicht in das Gehirn einzudringen, hingegen regelmäßig bei weißen Mäusen *(Schloßberger)* und Siebenschläfern *(Jahnel)*. Die Fähigkeit, bei weißen Mäusen ins Gehirn einzudringen, ist ohne Unterschied allen bisher untersuchten Syphilisstämmen eigen. Die neuerdings mitgeteilte einzigartige Beobachtung von *Hoverson* und *Morrow*, wonach in einem einzigen Aufnahmebezirk einer amerikanischen Anstalt die Zahl der Paralytiker von 2 auf 93 innerhalb 15 Jahren angestiegen ist, in anderen Aufnahmebezirken aber nicht, kann auch auf anderen Ursachen beruhen (z. B. vorübergehende Änderung in der Verteilung der Kranken auf andere Anstalten). Seit den Veröffentlichungen von *Esmarch* und *Jessen* (1857) bzw. *E. Schultze* (1867) und den Arbeiten von *Fournier, Erb* u. a. wissen wir, daß die Syphilis die Ursache von Paralyse und Tabes ist. Nach dem Vorbilde von *Rüdin* und seinen Schülern bei der Bekämpfung erbkranken Nachwuchses muß auch bei der Paralyse das Übel an der Wurzel gefaßt werden. Wenn wir also künftig nicht bloß der Behandlung der Syphilis unser Augenmerk schenken, sondern mit allen Mitteln die Infektion zu verhüten und so die Lues allmählich auszurotten trachten, werden auch Paralyse, Tabes und Hirnsyphilis zu immer größeren Seltenheiten zählen, so daß hoffentlich in nicht allzu ferner Zeit Referate wie die heutigen nicht mehr nötig sein werden.

2. *H. Demme*-Hamburg-Barmbeck: Serologie der Lues des Nervensystems.

M. D. u. H.! Wir können es uns heute kaum vorstellen, daß es erst 30 Jahre her ist, seit das von *Bordet* und *Geugou* angegebene Phänomen der Komplementbindung von *Wassermann* und seinen Mitarbeitern der Klinik, speziell der Syphilisdiagnose dienstbar gemacht worden ist. Schon ein Jahr später — 1906 — fanden *Wassermann* und *Plaut*, daß auch mit der Zerebrospinalflüssigkeit die Komplementbindungsreaktion ausgeführt werden kann. Da die *Wassermann*sche Reaktion im Liquor sich als weitgehend spezifisch erwies, bedeutete diese Entdeckung den größten Fortschritt auf dem Gebiet der Serologie der Lues des Nervensystems.

Die Frage nach der Spezifität der Wassermannschen Reaktion kann in zweierlei Sinn gestellt werden: 1. kann die Wa.R., speziell auch die Wa.R. im Liquor als unspezifische Reaktion bei nicht-syphilitischen Krankheitsprozessen auftreten?, 2. deutet eine positive Wa.R. im Liquor mit Sicherheit auf eine Syphilis des Nervensystems oder können Wassermann-Reagine aus dem Blut in den Liquor übertreten, ohne daß das Zentralnervensystem oder seine Hüllen syphilitisch erkrankt sind?

Was die unspezifischen positiven Ergebnisse der Wassermann-Reaktion im Blut bei nicht syphilitischen Krankheitsprozessen betrifft, so hat *Schulten* auf der vorjährigen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden bereits darauf hingewiesen, daß derartige unspezifische positive Reaktionen sehr selten sind. Sie haben praktische Bedeutung in der Hauptsache bei gewissen Tropenkrankheiten: Frambösie, Lepra, Rekurrens, Malaria, von denen für unsere Breiten praktisch nur die Malaria in Frage kommt. Die Häufigkeit unspezifischer positiver Ergebnisse der Wassermann-Reaktion bei Scharlach ist nach *Schulten* stark überschätzt worden.

Im Liquor ist eine unspezifische positive Wa.R., abgesehen von den Be-

funden bei Frambösie, Lepra und Rukurrens eine ganz extreme Seltenheit. Allenfalls zeigen Fälle von bakterieller Meningitis und Tumoren mit sehr starker Eiweißvermehrung im Liquor ganz ausnahmsweise eine positive Komplementablenkung.

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob auch, ohne daß das Zentralnervensystem oder seine Häute syphilitisch erkrankt sind, Wassermann-Reagine aus dem Blut in den Liquor übertreten können. Erschwert wird die Beantwortung dieser Frage insbesondere noch dadurch, daß wir das Wesen der Wassermann-Reagine noch immer nicht sicher kennen. *Wassermann* selbst nahm zunächst an, daß es sich bei seiner Reaktion um eine spezifische Antigen-Antikörperbindung zwischen syphilitischem Serum und Spirochätenbestandteilen handele. Als es sich aber zeigte, daß nicht nur Spirochätenextrakte, sondern auch Extrakte aus nicht spirochätenhaltigen Organen als Antigen benutzt werden konnten, wurde dieser Anschauung der Boden entzogen. (In der Komplementbindungsreaktion mit Pallidaantigen nach *Gaethgens* haben wir allerdings heute wieder eine Reaktion mit spezifischen Spirochätenbestandteilen, die sich auch praktisch durchaus bewährt hat.) Fußend auf den Untersuchungen von *Braun* und *Weil, Wassermann, Forssmann, Landsteiner* u. a. gelang es dann *Sachs, Klopstock* und *Weil* durch Injektion alkoholischer Extrakte von Kaninchennieren zusammen mit Schweineserum bei Kaninchen eine positive Wassermann-Reaktion zu erzeugen. Diese Versuche führten zu der Annahme, daß es sich bei den Wassermann-Reaginen um lipoidartige Auto-Antikörper handelt, die an artfremdes Eiweiß, bei der Lues an Spirochäten-Eiweiß gekoppelt sind. Hieraus ergibt sich, daß die Wassermann-Reagine im Serum Kolloide etwa vom Dispersitätsgrade des Eiweißes sind *(F. K. Walter)*. Da das Eiweiß nach *Walter* die Blutliquorschranke normalerweise nicht passiert, kommt demnach auch für die Wassermann-Reagine unter normalen Schrankenverhältnissen, d. h. bei gesundem Zentralnervensystem und gesunden Meningen ein Übertritt von Wassermann-Reaginen aus dem Blut in den Liquor nicht in Frage. Dieser Annahme entspricht vollauf die Tatsache, daß bei Lues latens und gesundem Zentralnervensystem das Blut stark positiv sein kann, während der Liquor dauernd negativ bleibt.

Wenn somit die gesunde Blutliquorschranke für Wassermann-Reagine nicht durchlässig ist, so bleibt noch die Frage offen, ob es bei einer nicht syphilitischen Erkrankung des Nervensystems oder seiner Häute, die zu einer Störung der Funktion der Blutliquorschranke im Sinne einer vermehrten Durchlässigkeit führt, zu einem Übertritt von Wassermann-Reagine aus dem Serum in den Liquor kommen kann. Am weitesten in dieser Richtung gehen wohl *Dujardin* und *Dumont,* die im Verhältnis Blut-Wa. zu Liquor-Wa., direkt einen Index der Permeabilitätsverhältnisse der Blutliquorschranke sehen. Sie stützen sich dabei auf experimentelle Untersuchungen: sie injizierten syphilitisch Kranken intralumbal Aqua destillata und erzeugten so eine aseptische Meningitis und damit eine Steigerung der Permeabilität der Blutliquorschranke. Im entzündlich veränderten Liquor fanden sie eine Verstärkung der Wassermann-Reaktion. *Mader* konnte allerdings diese Beobachtungen bei seinen Nachuntersuchungen an syphilitischen Säuglingen nicht bestätigen.

Auch klinische Beobachtungen bei stark permeabilitätssteigernden Krankheitsprozessen sind zur Klärung dieser Frage herangezogen worden. Es kommen hierbei vor allem Beobachtungen bei Meningitiden und kompri-

mierenden Rückenmarksprozessen in Frage. Entsprechende Beobachtungen bei einem Fall von Rückenmarkskompression liegen m. W. nur in einem Fall von *Nonne* vor:

Komprimierender Prozeß im Halsmark; die Operation zeigte entzündliche Verwachsungen der Meningen, deren Natur nicht geklärt werden konnte. Kein Sektionsbefund. Die Wa.R. im Blut war in diesem Fall stark positiv.

Liquorbefund:

	lumbal:	cysternal:
Phase I	+	⊖
Pandy	++	Spur
Weichbrodt	++	+
Zellen	36/3	8/3
Wa.R.	stark positiv	⏀

Wenn dieser Fall auch in dem Sinne zu sprechen scheint, daß Wassermann-Reagine aus dem stark positiven Blut bei den unterhalb der Kompression stark veränderten Permeabilitätsverhältnissen in den Sperrliquor übergetreten sind, während oberhalb der Kompression, wo die Permeabilitätsverhältnisse annähernd normal gewesen sein dürften, die Wa.R. im Liquor negativ blieb, so ist diese Annahme doch keineswegs einwandfrei bewiesen, da sich mit *Walter* dagegen einwenden läßt, daß immerhin die Möglichkeit besteht, daß unterhalb des komprimierenden Prozesses (der möglicherweise sogar selbst syphilitischer Natur war) syphilitische Veränderungen am Rückenmark oder seinen Häuten vorlagen, die ihrerseits die Ursache der positiven Wa.R. im Sperrliquor gewesen sein können.

Nicht viel anders liegen die Dinge bei den in der Literatur mitgeteilten Fällen von bakterieller Meningitis bei Menschen mit positiver Wa.R. im Blut. Es handelt sich dabei um Fälle, bei denen die Wa.R., im Blut positiv und bei denen während einer akuten bakteriellen nicht syphilitischen Zerebrospinalmeningitis auch die Wa.R. im Liquor positiv wurde. Die meisten dieser Fälle halten einer strengen Kritik im einzelnen nicht stand, weil die anatomische Untersuchung aussteht und damit der Nachweis fehlt, daß neben der interkurrenten akuten Meningitis nicht doch auch eine syphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems vorlag. Daß es sich in diesen Fällen um eine unspezifische Wa.R. im Liquor, bedingt durch die hochgradigen meningitischen Liquorveränderungen, handelt, halte ich für wenig wahrscheinlich, da wir sonst doch öfter eine solche unspezifische Reaktion bei Meningitiden sehen müßten (allerdings sind solche Beobachtungen in der Literatur mitgeteilt). Mit *Kafka* und *Plaut* glauben wir sagen zu können, »daß wohl Zerebrospinalflüssigkeiten mit erhöhtem Eiweißgehalt eine Tendenz zu unspezifischen Ausfällen der Komplementbindung haben«, daß sie aber bei exakter Technik und Wiederholung der Untersuchung extrem selten sind.

Auch die Tatsache, daß nicht stets bei positiver Wa.R. im Verlauf einer Meningitis auch die Wa.R. im Liquor positiv wird *(Zaloziecki, Kafka, Zange)*, spricht nicht gegen die Möglichkeit eines Übertritts von Wa.-Reaginen aus dem Blut in dem Liquor, da man ja nicht anzunehmen braucht, daß in jedem solchen Fall die Wassermann-Reagine aus dem Blut in den Liquor übertreten müssen. Bei den anatomisch durchuntersuchten Fällen *(Kafka und Kirschbaum, Jahnel)*, bei denen sich keine auf Lues deutenden Veränderungen fanden, fehlt der Nachweis, daß die Wa.R. vor der meningitischen Erkrankung im Liquor negativ war.

Steht somit ein einwandfreier **Beweis**, daß u. U. ein Übertritt von Wassermann-Reaginen aus dem Blut in den Liquor möglich ist, auch noch aus, so sprechen die erwähnten Beobachtungen in ihrer Gesamtheit m. E. doch sehr im Sinne einer solchen Annahme.

Wir kommen damit zu der Frage der **Entstehung der Wassermann-Reaktion des Liquors bei der Lues und Metalues des Nervensystems**, d. h. zu der Frage, ob die Wassermann-Reagine bei den syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems aus dem Blut stammen, d. h. hämatogen sind oder ob sie lokal innerhalb der Blutliquorschranke »intramural« entstehen. Für eine lokale Entstehung spricht vor allem die Tatsache, daß bei allen Formen der Lues des Nervensystems bei negativer Blut-Wa.R. die Wa.R. im Liquor stark positiv sein kann. Bei stark erhöhter Permeabilität können, wie wir gesehen haben, aber wahrscheinlich auch Wassermann-Reagine aus dem Blut in den Liquor übertreten. Wieweit neben der lokalen Entstehung ein solcher hämatogener Übertritt bei den einzelnen Formen der Lues des Nervensystems eine Rolle spielt, läßt sich z. Zt. noch nicht sicher sagen. Die Mehrzahl der Autoren (*Kafka, Plaut, Walter* u. a.) nimmt heute an, daß die Wassermann-Reagine zum größten Teil lokal im Zentralnervensystem entstehen, daß daneben aber auch noch andere Quellen eine Rolle spielen.

Wenn somit die Wassermann-Reaktion ihren positiven Ausfall offenbar intramural entstandenen Reaginen verdankt, verhält es sich mit der Hämolysinreaktion grundsätzlich anders. Durch die Hämolysinreaktion wird der hämolytische Normalambozeptor im Liquor nachgewiesen. Wie *Brinkmann* zeigen konnte, enthält das Serum stets Normalambozeptor, so daß immer die Möglichkeit besteht, daß unter pathologisch veränderten Permeabilitätsverhältnissen dieser Normalambozeptor aus dem Blut in den Liquor übertritt, in dem er unter normalen Bedingungen nicht oder nur in verschwindend geringer Menge gefunden wird. Kafka sieht daher die Hämolysinreaktion direkt als Permeabilitätsreaktion an.

Wenn die Theorie der Wassermann-Reaktion auch noch keineswegs geklärt ist, so ist ihre außerordentlich große **Bedeutung für die Diagnose** und damit für die Behandlung der Lues des Nervensystems über jeden Zweifel erhaben. Zunächst sahen *Wassermann* und *Plaut* im Liquor von Paralytikern in einem hohen Prozentsatz der Fälle eine positive Wa.R. *Morgenroth* und *Stertz* fanden sogar bei allen Fällen von progressiver Paralyse, die sie untersuchten, die Wa.R. im Liquor positiv, während bei Fällen von Lues cerebri die Wa.R. im Liquor negativ war. *Schütze* hatte inzwischen auch bei Tabes dorsalis in $^2/_3$ seiner Fälle eine positive Wa.R. im Liquor gefunden. Einen großen Fortschritt der Serodiagnostik der Lues des Nervensystems bedeutete es, als *Hauptmann* und *Hoeßli* zeigen konnten, daß es auch bei einem nicht geringen Teil der Fälle von Lues cerebri gelingt, komplementbindende Antikörper (Wassermann-Reagine) im Liquor nachzuweisen, wenn man mit größeren Liquormengen arbeitet, als sie für das Serum üblich waren. Seitdem gehört es zur Wassermann-Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit, diese in Form einer »**Auswertung**« mit steigenden Liquormengen (0,1—1,0 ccm) anzusetzen.

Wenn auch *Ravaut,* der als der eigentliche Begründer der Liquordiagnostik der syphilitischen Erkrankungen bezeichnet werden muß, bereits 1903 seine ersten Arbeiten über die Zellvermehrung im Liquor von Syphilitikern geschrieben hat, so erhielt doch die Serodiagnostik der Lues des Ner-

vensystems ihren Hauptaufschwung erst nach der Entdeckung der Wassermann-Reaktion. Es ist der große Verdienst von *Nonne* und seiner damaligen Schüler: *Apelt, Hauptmann, Holzmann* u. a. an einem großen Material gezeigt zu haben, welche Liquorveränderungen bei den verschiedenen Formen der Lues des Nervensystems auftreten und wie sich die einzelnen Reaktionen zueinander verhalten. Beherrscht wurde das Feld damals von den »4 Reaktionen«: Zellzählung, Globulinreaktion und Wassermann-Reaktion im Liquor, Wassermann-Reaktion im Blut. Durch die Lehre von den »4 Reaktionen« war zunächst ein Schema der serologischen Veränderungen bei den verschiedenen Formen der Neurolues geschaffen. *Nonne* selbst hat aber niemals einen Zweifel darüber gelassen, daß es sich nur um ein Schema handelt, das keine Allgemeingültigkeit beansprucht, insbesondere hat er stets auf die zahlreichen negativen serologischen Befunde bei fast allen Formen der Lues des Nervensystems mit Ausnahme der Paralyse, hingewiesen.

Zu den »4 Reaktionen« kamen dann die Kolloidreaktionen hinzu, die alle auf die Einführung des Goldsols in die Liquordiagnostik durch *Carl Lange* 1912 zurückgehen. In den letzten Jahren hat auch die von *Nißl* in die Klinik eingeführte, dann aber lange in Mißkredit geratene quantitative Eiweißbestimmung immer größere Bedeutung erlangt. Welche der zahlreichen angegebenen Methoden zur quantitativen Eiweißbestimmung man benutzt, wird Ansichtssache des einzelnen Untersuchers bleiben und auch von äußeren Umständen abhängig sein.

Unter der unübersehbaren großen Zahl von »Liquorreaktionen« aller Art müssen wir für die laufende klinische Laboratoriumsdiagnostik die herausgreifen, die, ohne eine zu große Belastung für das entsprechende Laboratorium zu bedeuten, doch ein hinreichendes Bild von den Liquorveränderungen vermitteln. Hierzu gehören m. E.:

1. die Zellzählung. Mit *Bannwarth* sind wir der Ansicht, daß eine regelmäßige qualitative Untersuchung der Liquorzellen durch Färbeverfahren für die klinische Diagnostik nicht von nennenswerter Bedeutung ist. Eine für praktische Zwecke ausreichende Differenzierung der Zellen ist meist schon in der Zählkammer möglich.

2. Die Eiweißbestimmung. Wenn die »Globulinreaktionen« (Phase I der Ammonsulfatreaktionen nach *Nonne—Apelt—Schumann, Pandy*s Carbolsäurereaktion und *Weichbrodt*s Sublimatreaktion) als qualitative Reaktionen heute auch vielfach durch die quantitative Eiweißbestimmung ersetzt werden, so geben sie doch als Schnellreaktionen schon gleich nach der Liquorentnahme einen gewissen Überblick über eine etwa vorhandene Eiweißvermehrung. Die ideale Eiweißbestimmung wäre natürlich ein chemisch-quantitatives Verfahren nach Art der *Kjeldahl*-Methode. Im praktischen Laboratoriumsbetrieb sind aber die im chemischen Sinne exakten quantitativen Methoden zu zeitraubend, als daß sie für Liquoruntersuchungen in die laufende Laboratoriumstechnik Eingang finden könnten. Die für laufende Liquoruntersuchungen gebräuchlichsten Methoden sind als Reihenmethode die von *Roberts—Stolnikow—Brandberg—Bisgaard* und als Zentrifugiermethode die Bestimmung der Eiweißrelation nach *Kafka* und *Samson*. Die noch exakter arbeitenden Farb-Methoden von *Hewitt* und von *Kral, Stary* und *Winternitz* sind für größere Reihenuntersuchungen leider noch reichlich kompliziert. Wir bevorzugen an unserem Laboratorium aus hier nicht näher zu erörternden Gründen die Bestimmung der Eiweißrelation

nach *Kafka* und *Samson*, die es gestattet, auf verhältnismäßig einfache Weise nicht nur das Gesamteiweiß, sondern auch getrennt die Globuline und Albumine zu bestimmen. Ob die von *Kafka* schon angedeuteten und jetzt von *Zimmermann* ausgebauten biologischen auf der Praecipitation mit immunisierten Kaninchenseren beruhenden Methoden eine praktische Bedeutung erlangen werden, bleibt noch abzuwarten.

3. Die Kolloidreaktionen. Unter der sehr großen Zahl der in der Literatur angegebenen Kolloidreaktionen haben sich vor allem die Globulinreaktion und die Mastixreaktion durchgesetzt. Dazu kommt die in den romanischen Ländern gebräuchlichere Benzoereaktion. Wenn die Laboratoriumsverhältnisse es irgend zulassen, sollten stets 2 Kolloidreaktionen nebeneinander angesetzt werden. Die Goldsolreaktion ist im allgemeinen empfindlicher als die Mastixreaktion, während die Mastixreaktion (wir wenden sie in Form der Normomastixreaktion nach *Kafka* an) bei starken Ausfällen u. E. eine feinere Differenzierung gestattet als die Goldsolreaktion. Hieraus geht aber schon hervor, daß beide Reaktionen sich besonders gut gegenseitig ergänzen. Die Ein- und Zweiglasmethoden bleiben gegenüber diesen in Reihen angesetzten Kolloidreaktionen nur ein Notbehelf.

4. Die Wassermann-Reaktion, die immer mit steigenden Liquormengen (0,1—1,0) ausgewertet werden sollte. Sehr gut bewährt hat sich uns als Ergänzung zur Wassermann-Reaktion auch die Meinicke-Klärungsreaktion, die nicht selten noch Veränderungen anzeigt und damit wichtige diagnostische und wohl auch therapeutische Hinweise gibt, wenn die Wa.R. bereits negativ ist. Auch die *Müller*sche Ballungsreaktion verdient zweifellos, als Ergänzung zur Wa.R. erwähnt zu werden. Sowohl die M.K.R. wie die M.B.R. zeigen neben der starken Empfindlichkeit einen hohen Grad von Spezifität.

Daß die Wassermann-Reaktion im Serum nebst 1 oder 2 weiteren Lues-Reaktionen ein unbedingt notwendiger Bestandteil einer jeglichen serologischen Untersuchung bei der Lues des Nervensystems bildet, ist selbstverständlich.

Weitere Liquoruntersuchungen als die genannten haben gewiß großes Interesse vom theoretischen Standpunkt der Liquorforschung aus, für die praktische Diagnose der Lues des Nervensystems spielen sie noch keine Rolle. So habe ich mich insbesondere von dem Wert laufender Zucker- und Chloridbestimmungen für die Diagnose der Neurosyphilis im Liquor nicht überzeugen können. Die Hämolysinreaktionen und die anderen Methoden der Permeabilitätsprüfungen spielen bei praktisch-klinischen Fragestellungen kaum eine Rolle.

Schönfeld und *Krey*, *Armuzzi* u. a. berichten über Befunde von Spirochaeta pallida im Liquor bei Lues des Nervensystems. U. E. liegen noch nicht genügend Nachprüfungen vor, um diese Befunde beurteilen zu können.

Gehen wir nunmehr zu praktisch klinischen Fragestellungen über, so steht im Vordergrund die Frage, wieweit wir berechtigt sind, aus serologischen Veränderungen diagnostische Schlüsse zu ziehen. Zunächst hat die serologische Untersuchung zur Klärung der Frage beizutragen, ob überhaupt eine Lues des Nervensystems vorliegt und ob die subjektiven und objektiven klinischen Krankheitserscheinungen mit der Lues in ursächlichem Zusammenhang stehen. Nach Möglichkeit soll uns die serologische Unter-

suchung aber auch einen Hinweis auf die Art des vorliegenden Krankheitsprozesses und auf das Stadium desselben, d. h. auf den jeweiligen pathologisch-anatomischen Zustand geben. Das Bild, das die serologischen Befunde von dem pathophysiologischen Geschehen vermitteln, stellt gleichzeitig einen wichtigen Beitrag für den Weg der einzuschlagenden Therapie und für die Kontrolle des therapeutischen Erfolges und für die Prognose dar.

Es braucht heute kaum mehr betont zu werden, daß die Blutuntersuchung allein für die Diagnose einer Lues des Nervensystems einen nur sehr beschränkten Wert hat. Erstens besagt ein positiver Blutbefund (Wa.R., MKR. u. a.) nur, daß der Kranke syphilitisch infiziert gewesen ist; er besagt aber nichts darüber, ob die z. Zt. vorhandenen Krankheitserscheinungen mit dieser syphilitischen Infektion in ursächlichem Zusammenhang stehen und ob überhaupt eine Lues des Nervensystems vorliegt. Andererseits gibt es sehr zahlreiche Fälle von Lues des Nervensystems, bei welchem die Wa.R. im Blut negativ ist. Bei jedem auch noch so geringen Verdacht auf eine Lues des Nervensystems ist daher eine Liquoruntersuchung dringend zu fordern. Aber auch die Bewertung der Liquoruntersuchung darf keineswegs schematisch erfolgen. Wenn man zeitweilig glaubte, aus einer »Lueszacke« oder »Tabeszacke« der Kolloidkurve schon die entsprechende Diagnose ableiten zu dürfen, so ist ein solcher Optimismus heute nicht mehr berechtigt. Andererseits haben wir es aber gelernt, den Liquorbefund in jedem einzelnen Fall viel weitgehender »funktionellgenetisch« (*Kafka*) zu deuten.

Das am meisten charakteristische serologische Bild gibt immer noch die progressive Paralyse: Zellvermehrung, Eiweißvermehrung mit relativem und absolutem Überwiegen der Globuline (Eiweißquotient über 1,0), tiefer Ausfall der Kolloidreaktionen im Anfangsteil der Kurve (»Paralysekurve«), stark positive Wa.R. im Blut und im Liquor (schon bei geringen Liquormengen).

Typischer Liquorbefund bei progressiver Paralyse:
Aussehen: klar,
Druck: normal,
Zellen: vermehrt (15/3—300/3),
Globulinreaktionen: opal bis +.
Eiweißrelation:
Gesamteiweiß mäßig vermehrt,
Globulin relativ stark vermehrt,
Albumin wenig oder gar nicht vermehrt,
Eiweißquotient: über 1,0.
Kolloidreaktionen: »Paralysekurve«.
WaR. 0,2—1,0 stark positiv.
Hämolysinreaktion: stark positiv.

Beispiel:

Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Mastix-Kurve	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut
	Ges. Eiw.	Glob.	Alb.	E. Q.			0,2	1,0	
opal/+	2,8	1,8	1,0	1,8	35/3	Abb. 1	stark pos.	stark pos.	stark pos.

Sehr hohe Zellzahlen (über 300/3 Zellen) sowie normale Zellwerte kommen auch bei unbehandelten Paralysen vor, sind jedoch selten. Eine negative Wa.R. im Blut ist bei der progressiven Paralyse nicht ganz selten, besonders wenn die Kranken intensiv spezifisch behandelt worden sind. Dagegen ist eine negative Wa.R. im Liquor außerordentlich selten. Daß aber auch solche Fälle vorkommen, hat *Saethre* kürzlich an einem Fall gezeigt, bei welchem die Diagnose Paralyse auch anatomisch bestätigt werden konnte. Am meisten charakteristisch für das Liquorsyndrom der Paralyse ist der hohe Eiweißquotient und die typische Kolloidkurve. Die Eiweißvermehrung bei der Paralyse beruht vorwiegend auf einer Vermehrung des Globulins. Die Albumine sind nur wenig oder gar nicht vermehrt. Sie können sogar vermindert sein oder ganz fehlen (Albumindefizit nach *Riebeling*.) Das Fehlen der Albuminvermehrung zeigt, daß die Erhöhung der Permeabilität der Blutliquorschranke sich kaum (*Kafka*) oder jedenfalls nicht in gleicher Weise wie für die Kristalloide auch auf die Eiweißkörper beziehen kann, da sonst auch die Albumine stärker vermehrt sein müßten. Offenbar handelt es sich bei den Globulinen des Paralyseliquors um Eiweißkörper, die direkt aus dem Zentralnervensystem stammen. Wir wissen nach *Kafka,* daß das Paralyseglobulin einen besonders hohen Euglobulingehalt zeigt, doch bleibt es weiteren Untersuchungen vorbehalten, die in vieler Beziehung außerordentlich interessante Natur der Paralyseglobuline weiter zu klären. Welche große praktische Bedeutung diese Fragen haben, zeigen bereits die Beziehungen der Eiweißrelation zu den Kolloidreaktionen. *Samson* konnte zeigen, daß das Paralyseglobulin ganz besonderrs stark kolloidfällende Eigenschaften hat und daß es sich in dieser Beziehung von den bei anderen Krankheiten im Liquor auftretenden Globulinen unterscheidet. Es ist nicht nur das Fehlen genügender schützender Albumine, das die typische Paralysekurve bedingt, sondern vor allem die stark fällende Eigenschaft des Paralyseglobulins, welche die tiefen Ausfälle im Anfangsteil der Kurve verursacht.

Aber beides — sowohl der hohe Eiweißquotient wie die »Paralysekurve« — sind nicht unbedingt pathognomonisch für eine progressive Paralyse. Es gibt auch Paralysen mit einem nicht maximalen Ausfall der Kolloidkurven. Vor allem aber können auch bei anderen auch nicht luischen Krankheiten des Nervensystems »Paralysekurven« vorkommen, so insbesondere bei der multiplen Sklerose, bei der Pachymeningitis haemorrhagica, bei gewissen Tumoren, in bestimmten Stadien von Menigitiden u. a. Dabei neigt nach unseren Erfahrungen die Goldsolreaktion viel mehr zu derartigen unspezifischen Paralysekurven als die Mastixreaktion. Von Krankheiten, bei denen sich besonders häufig ein hoher Eiweißquotient findet, seien vor allem die Pachymeningitis haemorrhagica und die Meningitis sympathica genannt. Erst die positive Wa.R. im Liquor vervollständigt im Verein mit dem klinischen Befund das Bild der Paralyse.

Eine andere Frage ist die, wie man sich zu Krankheitsbildern luischer Genese (Tabes, Lues cerebri) stellen soll, die klinisch keine Anzeichen einer Paralyse bieten, im Liquor aber das vollausgeprägte Syndrom der Paralyse zeigen. Daß eine Lues cerebri gelegentlich ein paralytisches Liquorsyndrom zeigen kann, ohne daß eine Paralyse vorliegt, ist sicher und unsere Indikationsstellung zur Therapie bei einer vaskulären meningitischen oder gummösen Form der Lues cerebri braucht sich durch eine Paralysekurve im

Liquor oder einen hohen Eiweißquotienten nicht beeinflussen zu lassen. Anders verhält es sich bei der Tabes. Zeigt ein Tabiker ein für Paralyse charakteristisches Liquorsyndrom, so besteht m. E. in jedem Fall wenigstens der dringende Verdacht, daß neben der Tabes eine Paralyse in Entwicklung begriffen ist und die Indikation zur Fieberbehandlung ist damit gegeben. Dasselbe gilt für Kranke mit einer Lues latens oder einer Lues der inneren Organe (Aortitis) und paralytischem Liquorbefund. Auch hier muß mit der Wahrscheinlichkeit gerechnet werden, daß ein beginnender paralytischer Prozeß vorliegt. Gerade diese Fälle bilden m. E. die allerwichtigste Indikation zur Malariakur (sofern der Befund an den inneren Organen eine solche zuläßt), denn die Prognose der beginnenden (»latenten«) Paralyse, bei der klinische Erscheinungen noch nicht aufgetreten sind, ist naturgemäß weit besser, als wenn auch klinisch schon das ausgeprägte Bild einer Paralyse besteht.

Nr.	Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut	Mastix-Kurve Abb. 2
		Ges. Eiw.	Glob.	Alb.	Eiw. Quot.		0,2	1,0		
1	+	2,4	1,2	1,2	1,00	120/3	+++	+++	+++	——
2	+	2,1	1,5	0,6	2,50	240/3	+++	+++	+++	– – –
3	+/++	3,0	1,6	1,4	1,14	195/3	+++	+++	⊖	......

1. Lues cerebri. Endarteriitis syphilitica mit Erweichung im Pons (autoptisch bestätigt. Auch anatomisch keine Paralyse). — 2. Tabes dorsalis ohne klinische Erscheinungen einer Paralyse. Malariakur, danach wesentliche Besserung des Liquorbildes. — 3. Aortitis luica ohne klinische Erscheinungen einer progressiven Paralyse.

Die spezifische Behandlung übt auf den Liquorbefund bei der Paralyse in der Regel keinen nennenswerten Einfluß aus. Nur die Wa.R. im Blut wird unter dem Einfluß der spezifischen Therapie nicht selten negativ.

Dagegen hat bekanntlich die unspezifische Therapie in der Mehrzahl der Fälle einen weitgehenden Einfluß auf das humorale Bild der Paralyse. Da seit der Einführung der Malariatherapie durch *Wagner von Jauregg* bereits mehr als 15 Jahre verflossen sind, liegt bereits eine Reihe wertvoller Untersuchungen vor, die das humorale Bild der Paralyse systematisch über viele Jahre verfolgen. Unsere eigenen Erfahrungen decken sich im wesentlichen mit denen anderer Autoren: *Dattner, Kafka* u. *Kirschbaum, Plaut* u. a. Die Rückbildung des humoralen Bildes der Paralyse erfolgt nicht in gesetzmäßig bestimmter Reihenfolge.

Die erste Veränderung im Liquorbild nach Abschluß einer Malariakur bildet in der Regel ein starker Rückgang der Pleocytose. Auch qualitativ ändert sich das Zellbild: die Plasmazellen schwinden, man findet nur noch kleine Lymphocyten. Auch die Kolloidreaktionen können schon bald nach Abschluß der Fieberkur einen Rückgang zeigen. Ein völliger Rückgang zur Norm braucht allerdings meist mehrere Jahre, nicht ganz selten bleibt eine kleine Zacke trotz guter klinischer Remission als »Narbensymptom« (d. h. als Ausdruck der auch anatomisch verbleibenden Veränderungen) dauernd bestehen.

Die Wassermann-Reaktion kann im Liquor rascher negativ werden als

im Blut. Der Rückgang vollzieht sich allmählich in dem Sinne, daß die Wa.R. bei den höheren Liquorkonzentrationen noch positiv sein kann, während sie bei geringen Liquormengen (0,2) schon negativ ist. Die Müllersche Ballungsreaktion soll sich länger positiv halten als die Wa.R.

Am längsten hält sich in der Regel die Eiweißvermehrung im Liquor. Es können sowohl die Globuline als auch die Albumine isoliert oder gemeinsam noch vermehrt sein, wenn bereits alle anderen Reaktionen zur Norm zurückgekehrt sind.

Auch die Durchlässigkeit der Blutliquorschranke wird durch die Fieberbehandlung stark beeinflußt. Sie ist bei der unbehandelten Paralyse fast stets erhöht, steigt während des Fiebers noch weiter an, um nach Abschluß der Fieberkur recht rasch zur Norm abzusinken.

Datum	Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor			Wa. R. im Blut	Mastixkurve Abb. 3
		Ges. Eiw. (1,0)	Glob. (0,2)	Alb. (0,8)	E.Q. (0,25)		0,2	0,5	1,0		
20. 1. 30	+	2,1	1,3	0,8	1,62	29/3	+++	+++	+++	+++	———————
11. 4. 30	(+)	1,8	0,8	1,0	0,8	7/3	⊖	+++	+++	+++	— — —
6. 3. 31	opal	2,2	0,8	1,4	0,57	5/3	⊖	⊖	+++	+++	- - - - - - -
28. 12. 31	(opal)	1,2	0,5	0,7	0,71	1/3	⊖	⊖	+++	+++	....
15. 5. 32	Spur	1,0	0,4	0,6	0,67	1/3	⊖	⊖	+++	+++	—.—.—.—
20. 2. 33	⊖	1,0	0,3	0,7	0,43	1/3	⊖	⊖	⊖	(+)	———————

20. 1. 30 vor der Kur: somatisch o. B. Silbenstolpern. Psychisch: kritikschwach, reizbar, uneinsichtig. Merkfähigkeit schlecht. Malariakur im Februar 1930. Nach der Kur langsame Besserung. Seit Ende 1931 wieder sozial brauchbar, etwas affektlabil.

Die prognostische Bedeutung des humoralen Syndroms der Paralyse nach einer Fieberkur schien zunächst nicht allzu groß zu sein: neben guten klinischen Besserungen, die mit einer weitgehenden Remission des Liquorbildes einhergingen, sah man Fälle, bei denen trotz guter klinischer Remission das Liquorsyndrom der Paralyse nahezu unverändert blieb und auf der andern Seite wiederum Fälle, bei denen trotz Sanierung von Blut und Liquor das klinische Bild durch die Therapie unbeeinflußt schien.

Diese scheinbaren Gegensätze zwischen klinischer und humoraler Besserung haben sich inzwischen weitgehend aufgeklärt. Wenn man in bezug auf den »Erfolg der Therapie« unterscheidet zwischen dem Stationärwerden des an sich progredienten paralytischen Prozesses im Gehirn und dem Erfolg im praktisch-klinischen Sinne, d. h. einer merklichen Besserung der Krankheitssymptome, so findet sich ein weitgehender Parallelismus zwischen dem »Erfolg« in ersterem Sinne und der humoralen Besserung. Da die klinische Besserung meist rascher eintritt als die humorale Sanierung, hat *Dattner* sehr treffend statt von Parallelismus besser von einer »Konvergenz« der Befunde gesprochen. Eine völlige Rückkehr des Liquorbildes zur Norm ist überhaupt selten, geringe Verschiebungen der Eiweißrelation und eine kleine Kolloidzacke bleiben oft dauernd bestehen. Die Rückbildung des humoralen Syndroms bedeutet aber jedenfalls, daß der paralytische Krankheitsprozeß im Gehirn zum Stillstand gekommen ist.

Bleibt aber (auch bei weitgehender klinischer Besserung) das humorale Bild durch die Fieberkur unbeeinflußt oder geht es nur unbedeutend zurück, so ist die Gefahr eines Rezidivs sehr groß. Wir haben unter unseren Kranken keinen Fall gesehen, der bei unverändertem serologischen Befund dauernd gut blieb. Auch das Wieder-Positivwerden negativ gewordener Befunde, insbesondere ein Wiederanstieg der Zellzahl, ist stets als ernstes Warnungszeichen zu werten (*Dattner*). Hieraus ergibt sich die praktische Konsequenz, daß Kranke, bei denen der humorale Befund nach einer Fieberkur innerhalb eines halben bis eines Jahres sich nicht wesentlich bessert oder bei denen es zu einer erneuten Verschlechterung eines bereits gebesserten humoralen Befundes kommt, einer sehr genauen Beaufsichtigung bedürfen, zumal wenn sie in einem verantwortungsreichen Beruf stehen. Auch ergibt sich aus diesen Beobachtungen die dringende Notwendigkeit von Nachkontrollen des Liquors nach einer Malariakur. Die Nachuntersuchungen werden zweckmäßigerweise nach Abschluß der der Fieberkur folgenden spezifischen Behandlung und dann zunächst in halbjährlichen und später in jährlichen Abständen vorgenommen.

Beispiel:

Kaufmann, 43 Jahre, kritiklos, euphorisch, leichte Größenideen. Körperlich: Pupillenstörungen, verwaschene Sprache. Im Januar 1929 Malariakur. Rückgang der Zellzahl. Klinisch wesentliche Besserung, der Kranke geht seinem kaufmännischen Geschäft wieder nach. Im Juni 1931 bei guter klinischer Remission Wiederanstieg der Zellzahl, noch typisch paralytischer Liquorbefund. Im November 1931 klinisch Rezidiv mit Größenideen. Zweite Malariakur erfolglos. Dauernd anstaltsbedürftig.

Liquor- und Blutbefunde.

Datum	Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut	Mastixkurve Abb. 4
		Ges. Eiw. (1,0)	Glob. (0,2)	Alb. (0,8)	E.Q. (0,25)		0,2	1,0		
5. 1. 29	+	2,2	1,2	1,0	1,20	77/3	+++	+++	+++	————
5. 2. 30	(+)	2,0	0,4	0,6	2,33	3/3	+++	+++	+++	————
16. 6. 31	(+)	1,4	0,8	0,6	1,33	28/3	⊖	+++	+++	— — —
9. 2. 31	(+)	1,2	0,8	0,4	2,00	12/3	⊖	+++	+++	} ....
26. 1. 32	(+)	1,2	0,7	0,5	1,40	2/3	⊖	⊖	+++	

Neben der praktischen Bedeutung, welche die Liquoruntersuchung nach einer Fieberbehandlung der Paralyse hat und die vorwiegend prognostischer Natur ist, sind fortlaufende Untersuchungen des Liquors auch geeignet, unsere Vorstellungen von der Wirkungsweise der Malariakur zu vertiefen. Hier sei vor allem der Untersuchungen von *Jacobowsky* gedacht, der fortlaufende Kontrollen, auch während der Malariakur gemacht hat. Er fand vor allem eine Herabsetzung des Refraktometerindexes; ferner im Rahmen einer Verminderung der Gesamtelektrolyte eine Verminderung der Chloride im Liquor, die anscheinend mit einer Verminderung der Serumchloride parallel ging; schließlich eine leichte Vermehrung des Liquorzuckers und des Reststickstoffes, während das Gesamteiweiß vermindert war. Am stärksten waren die genannten Erscheinungen 2—8 Stunden nach dem Fiebermaximum ausgeprägt. Die Befunde von *Jacobowsky* sprechen im Verein mit den Er-

gebnissen von *Donath* und *Heilig* und von *Wiechmann* (Vermehrung des Aminostickstoffes), von *Hoff* und *Silberstein* (Anstieg des opsonischen Index), von *Pfeiffer* (Auftreten von Fermenten), von *Kafka* (qualitative Veränderung der Globuline) gegen die Wirkung einer besonderen Malariameningitis, sowie gegen die Annahme, daß eine Permeabilitätserhöhung das wirksame Prinzip der Malariakur sei (*Kral* und *Von Kennel*). Wieweit die Annahme von *Wiechmann*, daß es sich bei der Malariawirkung um eine Herdreaktion im Zentralnervensystem handelt, zutrifft, mag dahingestellt bleiben. Nach *Wiechmann* ist die Vermehrung des Aminostickstoffes im Liquor durch Abbau von Zellsubstanz bedingt und die von ihm gefundene Zuckerverminderung führt er auf den erhöhten Zuckerverbrauch des aktivierten entzündlichen Gewebes zurück. *Jacobowsky* und *Kafka* konnten allerdings die Verminderung des Liquorzuckers im Malariafieber nicht bestätigen, sondern fanden eher eine leichte Zuckervermehrung. Zusammenfassend müssen wir auch heute noch mit *Kafka* sagen, daß »durch das Malariafieber intensive Kraftäußerungen in der Zerebrospinalflüssigkeit ausgelöst werden, die wir bei anderen Fieberzuständen nicht beobachten können« (*Wiechmann*). Das wirksame Prinzip der Recurrenstherapie ist offenbar ein ganz anderes: wie aus den Untersuchungen von *Plaut* und *Steiner*, von *Jahnel* und von *Weichbrodt* hervorgeht, löst die Infektion mit Recurrensspirochaeten eine Recurrensmeningitis aus, wobei Recurrensspirochaeten in den Liquor und in das Zentralnervensystem eindringen und im Liquor Antikörper erscheinen.

Die Wirkungsweise der Malaria auf das humorale Bild der Paralyse ist jedenfalls ein ganz anderes als bei anderen Fieberarten. Auch hierin müssen wir einen Hinweis auf die besonders gute klinische Wirkung gerade der Malaria sehen.

Für die Tabes dorsalis als solche gibt es kein »typisches« humorales Syndrom wie bei der Paralyse. Entsprechend der Verschiedenartigkeit des klinischen Verlaufes und des anatomischen Geschehens ist auch das humorale Bild in den verschiedenen Phasen der Krankheit sehr wechselnd. Von akut entzündlichen Bildern mit stärkerer Pleocytose über das früher als typisch für die Tabes angesprochene Bild einer mehr chronisch syphilitischen Liquorveränderung finden sich alle Übergänge zu völlig normalen Befunden einerseits und zu den Liquorsyndrom der Paralyse andererseits. Wir können nicht erwarten, daß ein bestimmtes Liquorsyndrom einem bestimmten klinisch-symptomatologischen Bild der Tabes entspricht. Wohl aber vermittelt uns der Liquorbefund Aufschlüsse über das jeweilige anatomische Zustandsbild und gibt uns damit wichtige Hinweise für die einzuschlagende Therapie.

Bei völlig negativem Liquorbefund kann in den meisten Fällen damit gerechnet werden, daß der Krankheitsprozeß zum Stillstand gekommen ist. Daraus ergibt sich die Zwecklosigkeit einer eingreifenden spezifischen Therapie in solchen Fällen. Dagegen wird u. U. auch bei negativem Liquorbefund eine Fieberbehandlung angezeigt sein können, wenn die subjektiven Symptome es erfordern (starke lanzinierende Schmerzen, bei denen der Liquorbefund sehr oft negativ ist, u. a.).

Am häufigsten findet sich bei der Tabes folgendes Liquorsyndrom:
Zellen: mäßig vermehrt (15/3—200/3), meist kleine Lymphozyten.
Globulinreaktionen, opal bis +,

Eiweißrelation: Ges. Eiw.: mäßig vermehrt
Globulin: „ „
Albumin: wenig „
Eiw. Quot: 0,5—1,0.
Kolloidreaktionen: unvollständiger Ausfall im Anfangsteil der Kurve.
Wa.R. im Liquor: 0,2: ⊖ bis stark positiv,
1,0: stark positiv.
Wa.R. im Blut: negativ bis stark positiv.

Bei einem solchen Befund sollte nach unseren Erfahrungen stets der Versuch einer spezifischen Therapie gemacht werden. Geht der Liquorbefund zurück, so sollten in gewissen Abständen spezifische Kuren wiederholt werden, bis wenigstens die Zellzahl zur Norm zurückgekehrt und möglichst auch die Wa.R. negativ geworden ist. Nehmen dagegen die Liquorveränderungen trotz spezifischer Behandlung weiter zu, so ist stets eine Fieberbehandlung in Erwägung zu ziehen, wenn auch die Indikation zur Fieberbehandlung bei diesen Fällen nicht so absolut besteht wie bei der Paralyse, insbesondere kommen bei der Tabes auch die milderen Formen der Fieberbehandlung in Betracht.

Eine nahezu absolute Indikation zur Fieberbehandlung bilden u. E. aber die Fälle von Tabes mit »paralytischem« Liquorsyndrom. Hier muß stets mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß eine schleichende Paralyse in Entwicklung begriffen ist. Wie günstig diese Fälle auf die Malariakur ansprechen, zeigt folgendes Beispiel:

Datum	Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut	Mastixkurve Abb. 5
		Ges. (1,0)	Glob. (0,2)	Alb. (0,8)	E. Q. (0,25)		0,2	1,0		
6. 6. 33	+	2,1	1,5	0,6	2,50	240/3	+++	+++	+++	———
5. 10. 33	opal	1,8	0,8	1,0	0,8	4/3	+	+++	+++	– – – –
5. 1. 35	Spur opal	1,2	0,4	0,8	0,5	2/3	⊖	⊖	⊖	....

Typische Tabes dorsalis mit »paralytischem« Liquor ohne klinische Erscheinungen einer Paralyse. Malariakur. Die Symptome der Tabes unverändert. Im Liquor weitgehende Besserung bis zu fast normalen Werten.

Den wichtigsten Hinweis auf das jeweilige anatomische Geschehen, d. h. auf den Krankheitsprozeß bildet die Zellzahl und in zweiter Linie wohl auch die Wa.R. So sehen wir bei alten stationären Fällen meist normale Zellwerte und negative Wa.R. Dagegen können eine Eiweißvermehrung und ein sogar recht tiefer Ausfall der Kolloidkurve auch bei völlig stationären Fällen als »Narbensymptom« auf lange Zeit, vielleicht auf die Dauer bestehen bleiben. Wieweit auch eine positive M.K.R. als ein solches »Narbensymptom« bestehen bleiben kann, müssen weitere Beobachtungen lehren.

Zeigen somit schon die Liquorbefunde bei der Tabes den praktischen Wert einer funktionell-genetischen Betrachtungsweise, so gilt dieses in noch viel stärkerem Maße für die verschiedenen Formen der Lues cerebrospinalis. Sowohl die jeweilige Form der Lues, die Akuität des Prozesses, wie auch seine Lokalisation wirken sich auf das Liquorbild aus.

So zeigen die Fälle von akuter syphilitischer Zerebrospinalmeningitis die charakteristischen Liquorveränderungen der akuten Menin-

gitis in Kombination mit den typischen syphilitischen Veränderungen. Differentialdiagnostisch kommen eigentlich nur jene seltenen Fälle von Lues latens in Frage, die ich am Anfang meines Referates erwähnt habe, bei denen anläßlich einer akuten Meningitis Lues-Reagine in das Liquorsystem übertreten. Es gibt aber auch vereinzelte Fälle von akuter syphilitischer Meningitis, bei denen die Wa.R. im Liquor (jedenfalls bei einmaliger Untersuchung) negativ ist. Es sollte daher bei jedem ätiologisch (bakteriologisch) nicht ganz geklärten Fall von akuter Meningitis bei jeder Punktion auch die Wa.R. im Liquor angestellt werden.

Meningitis syphilitica acuta.

Aussehen	Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut	Mastixkurve
		Ges. (1,0)	Glob. (0,21)	Alb. (0,8)	E. Q. (0,25)		0,2	1,0		
trübe	++	3,0	1,1	1,9	0,58	1300/3	+++	+++	+++	Abb. 6

Die Endarteriitis syphilitica führt zu sehr ähnlichen Liquorveränderungen wie die Tabes, so daß auf das dort Gesagte verwiesen werden kann. Nur pflegt bei den frischen Fällen die meningitische Beteiligung oft stärker und damit auch die Pleozytose höher zu sein als bei der Tabes. Die Kolloidkurve zeigt in der Regel, ebenso wie bei der Tabes, einen unvollkommenen Ausfall im Anfangsteil der Kurve (»Lueszacke«, die jedoch keineswegs pathognomonisch für eine Lues ist!!).

Frische Endarteriitis syphilitica.

Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut	Mastixkurve
	Ges. Eiw. (1,0)	Glob. (0,2)	Alb. (0,8)	E. Q. (0,25)		0,2	1,0		
opal/+	2,5	1,0	1,5	0,67	278/3	⊖	+++	+++	Abb. 7

Auch bei der Endarteriitis syphilitica finden sich alle Übergänge zu normalen und zu »paralytischen« Liquorbefunden. Während die spezifischen Lues-Reaktionen vor allem zur differentialdiagnostischen Klärung der Frage beitragen, ob es sich überhaupt um einen syphilitischen zentralnervösen Prozeß handelt, bildet auch bei der Gefäßlues des Zentralnervensystems die Zellzahl den wichtigen Hinweis auf die Akuität des Prozesses. Die einzuschlagende Therapie wird von der Zellzahl, der Eiweißrelation und Kolloidkurve in ihrer Gesamtheit bestimmt. Je mehr sich das Liquorsyndrom dem Syndrom der Paralyse nähert, um so mehr ist eine Fieberbehandlung in Erwägung zu ziehen. Bei völlig normalen Liquorbefunden handelt es sich um alte abgelaufene Prozesse, die keine Behandlung mehr erfordern.

Bei zerebralen und spinalen Gummen sind die Liquorveränderungen erstens durch den luischen Prozeß als solchen und zweitens durch die raumbeschränkende Wirkung desselben bedingt. Wir finden also neben positiver Wa.R. und Zellvermehrung eine Eiweißvermehrung und Kolloidkurve, die je nach dem Sitz und der Größe des Gummas sehr verschiedenes Gepräge tragen

können. Mit gewissen Einschränkungen gilt für diese Veränderungen dasselbe, was ich auf der letzten Versammlung unserer Gesellschaft in München über die Liquorveränderungen bei Hirntumoren ausführen konnte: die Veränderungen sind um so stärker, je mehr Beziehungen der Tumor zum Liquorsystem hat. Ein intrazerebrales Gumma bedingt wie ein Tumor gleichen Sitzes in der Regel nur eine mäßige Eiweißvermehrung und einen geringen Ausfall der Mastixkurve, während ein Gumma, das den Liquorabschluß behindert, das Kompressionssyndrom in mehr oder weniger starker Ausprägung zeigen wird.

Liquorbefund bei einem alten Gumma im Schläfenhirn.

Nr.	Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut	Mastix-Kurve
		Ges. Eiw. (1,0)	Glob. (0,2)	Alb. (0,8)	E. Q. (0,25)		0,2	1,0		
1	opal	2,0	0,8	1,2	0,67	35/3	⊖	⊖	+++	Abb. 8

Dasselbe gilt auch für gummöse Prozesse am Rückenmark, nur daß hier bei Gummen, die die Liquorpassage verlegen, das Kompressionssyndrom noch stärker ausgeprägt ist und durch den Vergleich zwischen Zysternen- und Lumballiquor besonders deutlich in Erscheinung tritt.

Gummöse Pachymeningitis cervicalis.

	Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut	Mastix-Kurve Abb. 9
		Ges. Eiw. (1,0)	Glob. (0,2)	Alb. (0,8)	E. Q. (0,25)		0,2	1,0		
cysternal	⊖	1,0	0,2	0,8	0,25	2/3	⊖	+++	⊖	————
lumbal	+	2,1	0,9	1,2	0,75	10/3	⊖	+++	⊖	- - - - - - -

Von größter Bedeutung für die Klinik und Pathologie der Lues des Nervensystems sind naturgemäß die serologischen, speziell die Liquorbefunde zu einer Zeit, in der noch keine Erscheinungen von seiten des Nervensystems bestehen, d. h. bei der Frühsyphilis und in der sogen. Spätlatenz. Schon *Ravant, Widal* und *Sicard* konnten zeigen, daß bereits bald nach der Infektion Liquorveränderungen auftreten können. *Mills* fand bei primärer Lues in 8,83% seiner Fälle eine positive Wa.R. im Liquor. Zu ähnlichen Resultaten kamen *Fleischmann, Zurhelle* und *Krechel. Brandweiner, Müller* und *Schacherl* sahen bereits in der vierten Woche nach der Infektion eine Zellvermehrung. Der Pleozytose folgt meist eine Eiweißvermehrung mit entsprechendem Ausfall der Kolloidkurve. Erheblich häufiger finden sich Liquorveränderungen bei sekundärer Lues. Die Prozentzahlen der einzelnen Untersucher schwanken sehr stark (*Schönfeld* 28%, *Fleischmann* 85%). Dieses mag mit der Auswahl der Kranken und wohl auch mit der vorhergegangenen Therapie zusammenhängen. Die umfangreichen Untersuchungen, die die Wiener Kliniker (*Finger, Kyrle, Wagner-Jauregg*) gesammelt haben und die sich auf ein sehr großes Liquormaterial stützen, hat *Dattner* vom Standpunkt des Neurologen und Psychiaters eingehend bearbeitet.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die positiven Liquorbefunde im Frühstadium der Krankheit an Zahl und Stärke zunehmen, 8—10 Monate nach der Infektion ihr Maximum erreichen, um dann wieder abzusinken. Abgesehen von gelegentlich auftretenden Kopfschmerzen gehen diese Liquorveränderungen in dem Frühstadium der Syphilis in der Regel nicht mit klinischen Erscheinungen einher. (Auf das Vorkommen akuter syphilitischer Meningitiden im Sekundärstadium sei nur kurz hingewiesen). *Finger* und *Kyrle* sahen an ihrem großen Material nach Ablauf des dritten Jahres nach der Infektion keine Liquorveränderungen mehr neu auftreten, wenn der Liquor bis dahin negativ geblieben war. Die Beobachtung von *Mras:* Zehn Jahre nach der Infektion aufgetretene Liquorveränderungen, bildet jedenfalls eine extreme Seltenheit. Wir stimmen jedenfalls mit *Dattner* darin überein, daß ein drei bis fünf Jahre nach der Infektion erhobener negativer Liquorbefund mit allergrößter Wahrscheinlichkeit negativ bleiben wird. Diese Feststellung hat insofern eine sehr große praktische Bedeutung als sie besagt, daß die entscheidende Punktion, die über die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung einer »Liquorlues« zu entscheiden hat, im vierten bis fünften Jahre nach der Infektion vorgenommen werden soll.

Daß im Frühstadium der Lues aufgetretene Liquorveränderungen von selbst oder unter dem Einfluß der angewandten Therapie jederzeit wieder schwinden können (»sekundär negativer Liquor« nach *Dreyfus*) hat schon *Ravaut* nachgewiesen. Je länger der Liquor aber positiv bleibt, um so geringer werden die Aussichten auf ein Negativwerden desselben. Wie die Untersuchungen von *Finger, Kyrle, Mras, Mucha* und *Satke* u. a. zeigen, nimmt die Sanierbarkeit des Liquors durch eine spezifische Therapie von Jahr zu Jahr ab, und 10—20 Jahre nach der Infektion gelingt sie nur noch ausnahmsweise. Nach *Fuchs, Moore* und *Hopkins, Wittgenstein, Dattner* u. a. neigen Kranke mit positivem Liquor in der Spätlatenz, aber in besonderem Maße auch zu einer syphilitischen oder »metasyphilitischen« Erkrankung des Nervensystems. Solche Kranke bedürfen daher einer ständigen Kontrolle, zumal wenn sie in verantwortungsreichen Berufen arbeiten. In jedem Einzelfall ist auch die Frage einer evtl. vorzunehmenden Fieberbehandlung genauestens zu prüfen.

Unter »positivem Liquor in der Spätlatenz« verstehen wir hierbei einen Liquorbefund mit Pleozytose, Eiweißvermehrung, Kolloidzacke und positiver Wa.R. Eine geringe Eiweißvermehrung mit mäßigem Kolloidausfall, auch eine positive M.K.R. sind nicht als »positiv« in diesem Sinne zu werten. Geringe Veränderungen dieser Art finden sich sehr häufig bei Kranken, die früher eine Lues durchgemacht haben, als »Narbensymptom«, ohne daß irgendwelche

Nr.	Glob. Reakt.	Eiweißrelation				Zellen	Wa. R. im Liquor		Wa. R. im Blut	Mastix-Kurve Abb. 10
		Ges. Eiw. (1,0)	Glob. (0,2)	Alb. (0,8)	E. Q. (0,25)		0,2	1,0		
1	⊖	1,5	0,5	1,0	0,50	6/3	⊖	⊖	⊖	normal
2	⊖	1,2	0,4	0,8	0,50	0/3	⊖	⊖	⊖	———
3	Spur	1,4	0,2	1,2	0,17	0/3	⊖	⊖	⊖	....
4	⊖	1,0	0,2	0,8	0,25	1/3	⊖	⊖	⊖	———
							(M.K.R +)		MKR+	

krankhaften Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems bestehen. Auch eine isolierte positive Wa.R. im Blut ist nur in diesem Sinne zu werten. Ob in solchen Fällen eine Salvarsan-Behandlung eine Lues des Nervensystems provozieren kann, läßt sich nicht sicher sagen. *Nonne* hat immer wieder vor einer eingreifenden spezifischen Behandlung bei solchen Kranken gewarnt.

Gerinfügige Veränderungen in der Spätlatenz.

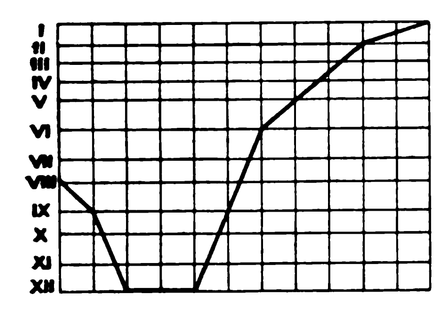


Abb. 1. Normomastixreaktion.
Progressive Paralyse (typische Kurve)

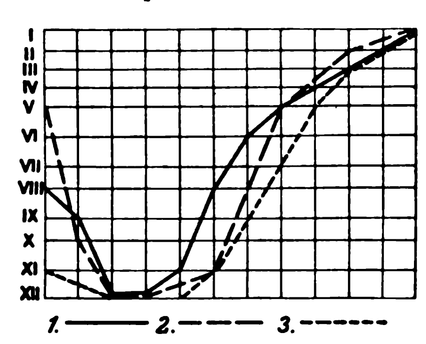


Abb. 2. Normomastixreaktion.
Serologisches Syndrom der Paralyse ohne entsprechende klinische Erscheinungen.

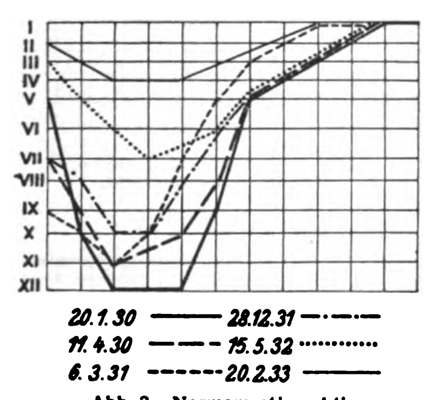


Abb. 3. Normomastixreaktion.
Progressive Paralyse nach Malariabehandlung (klinisch: gute Remission).

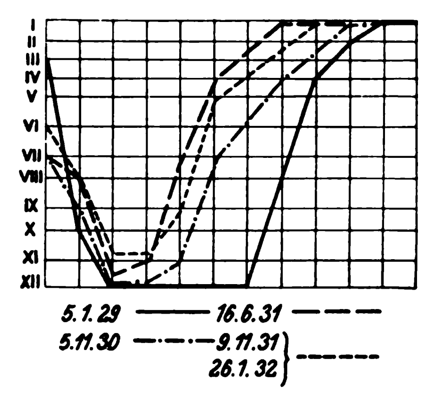


Abb. 4. Normomastixreaktion.
Progressive Paralyse nach Malariabehandlung (klinisch: anfangs gute Remission; Rezietiv).

M. D. u. H. Der Zweck meiner Ausführungen war, Ihnen ein Bild von dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens von der Serologie der Lues des Nervensystems in seinen Beziehungen zur Klinik zu vermitteln. Dabei kam es mir weniger darauf an, Ihnen die für einzelne klinische Krankheitsbilder mehr oder weniger typischen Liquorbefunde darzustellen. Wir dürfen uns heute nicht mehr damit begnügen, in der Liquoruntersuchung in Zweifelsfällen eine Stütze unserer klinischen Diagnostik zu sehen, sondern müssen versuchen, aus dem Liquorbefund im Verein mit der klinischen Symptomatologie Schlüsse

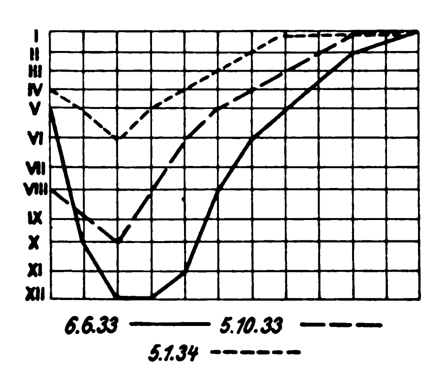
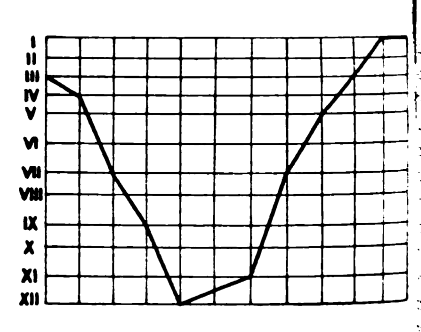


Abb. 5. Normomastixreaktion.
Tabes dorsalis mit „paralytischem“ Liquorsyndrom.



Abh. 6. Normomastixreaktion.
Meningitis syphilitica acuta.

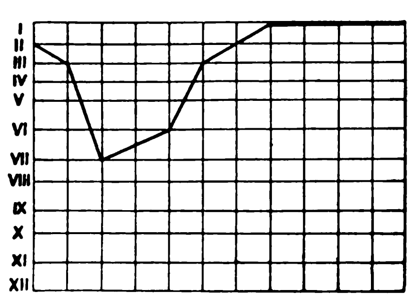


Abb. 7. Normomastixreaktion.
Endasteriitis syphilitica.

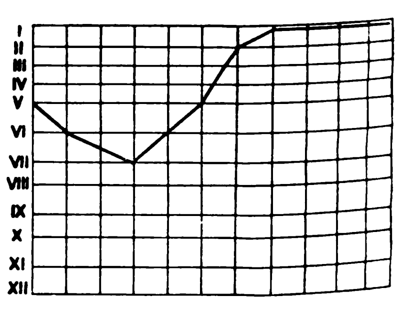


Abb. 8. Normomastixreaktion.
Gummi im Schläfenbein.

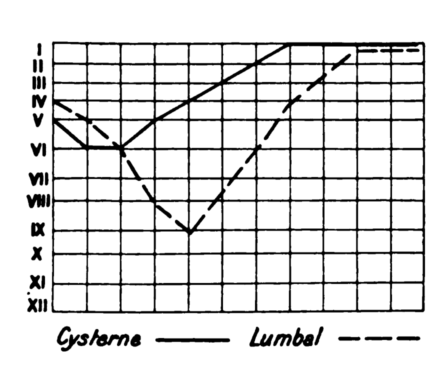


Abb. 9. Normomastixreaktion.
Gummäre Pachymeningitis envicalis.

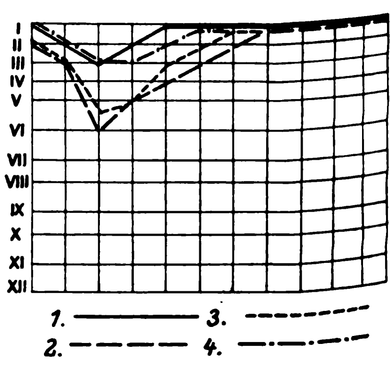


Abb. 10. Normomastixreaktion.
Lues latens (Spätlatenz).

auf den jeweiligen anatomischen Befund, d. h. auf das prozeßhafte Geschehen zu ziehen. Zu jedem Einzelfall muß die Frage aufgeworfen werden, wie jede einzelne Liquorveränderung — Zellzahl, Eiweißbefund, Kolloidkurve und spezifische Reaktionen — zu erklären ist und was sie im vorliegenden Fall bedeutet. Nur wenn wir in diesem Sinne auch im Einzelfall eine »funktionell-genetische Liquoranalyse« (*Kafka*) treiben, wird die serologische Untersuchung uns für die Klinik das geben, was sie uns heute schon zu bieten vermag. Nur dann wird sie insbesondere auch die nötigen Richtlinien für die jeweils einzuschlagende Therapie geben. Genau wie der Dermatologe aber den Erfolg seiner Therapie durch laufende Blutuntersuchungen dauernd kontrolliert, müssen auch wir durch wiederholte Liquorkontrollen den Krankheitsverlauf überwachen. Nicht der durch eine einmalige Untersuchung gewonnene »Liquorquerschnitt«, sondern der nur durch mehrfache Untersuchungen zu gewinnende »Liquorlängsschnitt« vermittelt uns die richtige Vorstellung von dem Verlauf der Krankheit. Wenn wir von vornherein in diesem Sinne auf unsere Kranken einwirken, wird es dem wahren Arzt, der das Vertrauen seiner Kranken zu gewinnen versteht, auch in der Mehrzahl der Fälle gelingen, die im Publikum noch vielfach vorhandene Punktionsscheu zu überwinden, ohne dafür aus dem Kranken einen »Liquorneurastheniker« zu machen.

Wenn auch heute noch das Wort von *Nonne*, »daß die Untersuchung des Liquors Dienerin, nicht Führerin der Differentialdiagnose der Neurolues sein soll« zu Recht besteht, so können wir uns doch heute die Klinik der Syphilis des Nervensystems ohne serologische Kontrolle nicht mehr vorstellen, und in unzähligen Fällen wird die serologische Untersuchung den Ausschlag für unser ärztliches Handeln geben.

Über die praktischen Fragestellungen hinaus birgt die Serologie der Neurolues aber eine unübersehbare Anzahl von Problemen, die von größter Bedeutung für die Pathogenese des Nervensystems sind. Indirekt berühren sie damit auch wiederum Fragen der Therapie.

So steht die Frage nach der Bedeutung der hirnspezifischen Antikörper (*Sachs, Klopstock* und *Weil, Müller, Steinfeld, Georgi* und *Fischer* u. a.) noch in den Anfängen. Nach *Förster* kommen bei Lues des Nervensystems nur im Liquor, nicht dagegen im Blut gehirnspezifische Antikörper vor. Eine praktische Bedeutung würde die Frage der Gehirnantikörper gewinnen, wenn sich die Ergebnisse von *Marchionini* bestätigen sollten, daß die metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, also die Paralyse und Tabes im Liquor mit cholesterinierten Gehirnextrakten positiv, die Lues cerebrospinalis und Lues latens dagegen negativ reagieren. *Vohwinkel* lehnt im Gegensatz zu *Marchionini* zunächst die Möglichkeit einer Differenzierung der genannten Krankheitsgruppen durch die Gehirnantikörperreaktion im Liquor ab. Abgesehen von der noch fraglichen praktischen Bedeutung sind die Arbeiten über die Gehirnantikörper jedoch insofern von Bedeutung, als wir es hier sicher mit Antikörpern zu tun haben, die gegen körpereigene Antigene gerichtet sind. Die Bedeutung dieser Untersuchungen für die Frage nach der Natur der Wassermann-Reagine liegt auf der Hand.

Von neueren Arbeiten, die sich von serologischer bzw. chemisch-biologischer Seite mit den Wechselbeziehungen zwischen Haut und Zentralnervensystem bei der Lues befassen, seien vor allem die Mitteilungen von *Marchionini* und *Ottenstein* erwähnt. *Marchionini* fand in systematischen

Untersuchungen über den Fermentgehalt des Liquors und der Haut, daß bei der Syphilis überhaupt, ganz besonders jedoch bei der Neurosyphilis eine intensive Diastasevermehrung in der Haut statt hat, während gleichzeitig die Diastase im Liquor stark vermindert oder sogar ganz aus dem Liquor geschwunden ist. Die Diastaseverminderung im Liquor ist nach *Marchionini* (mit wenigen Ausnahmen) so weitgehend spezifisch, daß sie ein wertvolles differentialdiagnostisches Merkmal darstellen kann. Die Diastasevermehrung in der Haut beginnt schon bald nach der Infektion und findet sich in sämtlichen späteren Perioden der Syphilis, auch in der symptomarmen Spätlatenz. Der Diastaseschwund im Liquor wird auf spezifische Spirochätenwirkung im Zentralnervensystem zurückgeführt. Die Vermehrung der Diastase im Hautdialysat deutet nach *Marchionini* darauf, daß es sich bei der Lues des Zentralnervensystems nicht um eine isolierte Organerkrankung, sondern um eine allgemeine Erkrankung des ganzen Organismus handelt.

Marchionini und *Ottenstein* haben dann ihre fermentbiologischen Untersuchungen auch auf die Katalase (das in allen Geweben vorkommende Wasserstoffsuperoxyd zersetzende Ferment) und auf die Arginase (die Arginin in Ornithin und Harnstoff spaltet) ausgedehnt. Bei der Syphilis fand sich ein auffallender Mangel an Katalase in der Haut. Bei der Neurosyphilis, besonders bei der Paralyse sogar ein völliger Katalaseschwund. Im Liquor fand sich dagegen in den entsprechenden Fällen eine deutliche Katalasevermehrung, die als Ausdruck einer Steigerung der Reduktions-Oxydationsprozesse im Zellstoffwechsel des Nervensystems gedeutet wird. Die Arginase war in der Haut bei Syphilis und besonders wiederum bei der Neurosyphilis vermehrt, im Liquor wurden keine Abweichungen von der Norm gefunden. Die Annahme, daß die Arginase-Vermehrung in der Haut die Folge einer hepatogenen Störung des Eiweißstoffwechsels der Haut sei, fand ihre Bestätigung darin, daß durch die *Bauer*sche Galaktoseprobe in der Mehrzahl der untersuchten Fälle eine Störung der Leberfunktion nachgewiesen werden konnte.

Der von *Marchionini* ausgesprochene Wunsch, daß diese Untersuchungen bald auch an einem größeren Material, das insbesondere auch nichtsyphilitische Nervenkrankheiten umfassen sollte, nachgeprüft werde, kann nur dringend unterstützt werden. Nicht nur, weil insbesondere die Diastaseuntersuchungen auch eine praktisch klinische Bedeutung erlangen können, sondern weil hier ein Problem angeschnitten ist, das an die Grundfragen der Pathogenese der Metalues rührt und auf das engste mit allgemein-pathologischen, konstitutionspathologischen und auch mikrobiologischen Fragestellungen verknüpft ist.

Das Schrankenproblem als solches in diesem Referat aufzurollen, war nicht möglich. Es wäre auch unnötig gewesen, da es im Rahmen der Referate über den Stoffaustausch zwischen dem Zentralnervensystem und dem übrigen Körper auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie in Bonn 1932 von den vier Referenten *Walter, Kafka, Spatz* und *Steiner* eingehend behandelt worden ist. Die für unser heutiges Thema wichtigsten Schlußfolgerungen aus diesen Referaten lassen sich dahin zusammenfassen, daß die Bluthirnschranke streng von der Blutliquorschranke zu trennen ist, während die Existenz einer Liquorhirnschranke noch umstritten bleibt. Jedenfalls braucht ein Stoff, der aus dem Blut in den Liquor übertritt, von hieraus noch keineswegs in das Gehirn zu gelangen. Jedenfalls ist der Weg aus dem Blut in das Gehirn nach *Walter* meist der viel näherliegende. Daß

viele Stoffe zu dem Parenchym des Zentralnervensystems eine viel geringere Affinität haben, als zu dem Parenchym aller anderen Organe des Körpers, ist wahrscheinlich gar kein »Schrankenproblem«, sondern eine viel allgemeinere Frage der chemischen Affinität bzw. Adsorption. Für die Lues des Nervensystems hat dieses Problem zweierlei Bedeutung. 1. Für die Pathogenese der syphilitischen Krankheiten des Nervensystems, indem der »Weg über den Liquor« (*L. Stern, Hauptmann*) den das schädigende Agens nehmen sollte, um zu einer tabischen bzw. paralytischen Erkrankung des Zentralnervensystems zu führen, erneut stark in Frage gestellt, wenn nicht unwahrscheinlich gemacht worden ist. 2. Für die Therapie der Neurolues, indem diese Feststellung die relative Unwirksamkeit der Chemotherapie auf die Tabes und Paralyse erklärt. Wir kommen aber damit an Fragen, die auf Vehikelfunktion (*Bennhold*) und auf das Problem der Zellmembranfunktion (*Schade*) in der allgemeinen Physiologie bzw. Pathologie zurückgehen. Auf diese Frage im Rahmen dieses Referates einzugehen ist nicht möglich. Sie zeigen uns aber, wie eng die uns in bezug auf die Lues des Nervensystems interessierenden Fragen, mit allgemein-medizinischen und naturwissenschaftlichen Problemen verknüpft sind.

Die Wassermann-Reaktion im Liquor ist weitgehend spezifisch für eine Lues des Nervensystems. Bei stark gesteigerter Permeabilität der Blutliquorschranke (Sperrliquor, Meningitis und positiver Wa.R. im Blut) kommt jedoch ein Übertritt von Wa.-Reaginen aus dem Blut in den Liquor vor, auch wenn keine Lues des Nervensystems vorliegt. Bei der Lues des Nervensystems entstehen die Wa.-Reagine wahrscheinlich zum größten Teil innerhalb der Blutliquorschranke (»intramural«), doch ist es nicht auszuschließen, daß daneben noch andere Quellen eine Rolle spielen. Der Normalambozeptor, der durch die Hämolysinreaktion nachgewiesen wird, stammt dagegen fast immer aus dem Serum.

Die Liquoruntersuchung für praktisch-klinische Zwecke sollte sich in jedem Fall von Verdacht auf Lues des Nervensystems auf folgende Untersuchungsmethoden erstrecken: Zellzählung, Eiweißbestimmung (Globulinreaktionen und quantitative Eiweißbestimmung, möglichst mit Differenzierung der Globuline und der Albumine), mindestens eine Kolloidreaktion, Wa.R. im Liquor und Blut (als Ergänzung zur Wa.R. im Blut und Liquor hat sich uns besonders die *Meinicke*-Klärungsreaktion bewährt). Bei der Paralyse spricht das Fehlen einer Albuminvermehrung (oder das Albumindefizit) in dem Sinne, daß das bei der Paralyse vermehrte Liquoreiweiß (die Globuline) nicht infolge einer Vermehrung der Durchlässigkeit der Blutliquorschranke aus dem Blut in den Liquor übergetreten sind, sondern, daß sie aus dem Zentralnervensystem selber stammen. Die »Paralysekurve« der Kolloidreaktionen ist nicht pathognomonisch für die Paralyse, sondern kommt auch bei einer Reihe anderer Krankheiten gelegentlich vor. Auch ein 1,0 übersteigender Eiweißquotient wird gelegentlich bei anderen (nichtsyphilitischen) Krankheiten beobachtet. Eine Tabes, eine »Lues latens« oder eine Lues der inneren Organe mit dem Liquorsyndrom einer Paralyse sollten therapeutisch wie eine beginnende Paralyse behandelt werden. Nach einer Malariakur bildet sich das Liquorsyndrom in der Regel zurück, wobei die einzelnen Reaktionen sich voneinander verschieden verhalten können. Ein wesentlicher Rückgang des Liquorsyndroms spricht für ein Stationärwerden des Krankheitsprozesses, geht jedoch nicht immer mit einer klinischen Remission einher. In der Regel findet sich aber

auch zwischen klinischer und humoraler Remission eine gewisse »Konvergenz« (*Dattner*). Bleibt dagegen das humorale Bild nach einer Fieberkur unverändert oder tritt eine Verschlechterung des schon gebesserten humoralen Bildes ein, so ist dieses ein prognostisch sehr ungünstiges Zeichen. Die Umstimmung des humoralen Bildes schon während des Fiebers spricht im Sinne einer spezifischen Malariawirkung.

Bei der Tabes und bei den verschiedenen Formen der Lues cerebrospinalis dürfen wir uns nicht mehr damit begnügen, bestimmte Schemen der für die einzelnen Krankheitsbilder »typischen« Liquorveränderungen aufzustellen. Nur eine in jedem Einzelfall durchgeführte funktionell-genetische Liquoranalyse (*Kafka*) wird den Anforderungen der Klinik (Prognose, Heilplan) gerecht.

Bei den Frühstadien der Syphilis nehmen die positiven Liquorbefunde an Zahl und Stärke zunächst zu, um in etwa 8—10 Monaten nach der Infektion ihr Maximum zu erreichen und dann wieder abzusinken. Ein drei bis fünf Jahre nach der Infektion erhobener negativer Liquorbefund bleibt in der Regel negativ. Je länger der Liquor positiv bleibt, um so geringer sind die Aussichten, daß er spontan wieder negativ wird. Aus diesen Darlegungen ergibt sich die Notwendigkeit einer laufenden Liquorkontrolle bei positivem Liquor in der Spätlatenz (eine mäßige Eiweißvermehrung und eine geringe Kolloidzacke sind in diesem Sinne nicht als »positiv« zu werten — sie stellen meist nur ein harmloses »Narbensymptom« dar).

Die Bedeutung der Untersuchungen über die Gehirnantikörper läßt sich z. Zt. noch nicht übersehen. Auch ist es dringend zu wünschen, daß die interessanten Untersuchungen von *Marchionini* über den Fermentgehalt von Liquor und Haut bald eine Nachprüfung und einen weiteren Ausbau erfahren. Über das Schrankenproblem läßt sich zusammenfassend sagen, daß für die Pathogenese und auch für die Klinik die Bluthirnschranke eine wenigstens gleich große, wenn nicht eine viel größere Bedeutung hat als die Blutliquorschranke.

Meggendorfer-Erlangen: **Die konstitutionellen Faktoren bei der Spätsyphilis des Nervensystems.**

Es gibt Familien, in denen die Paralyse gehäuft vorkommt. Auch die Fälle, in denen die Paralyse oder die Tabes bei Eltern und Kindern vorkommen, sind nicht selten. Besonders bemerkenswert sind die Fälle von familiärer Tabes und Paralyse, bei denen eine Lues verschiedener Herkunft auf das gleiche familiäre Substrat einwirkte. Alle diese Beobachtungen lassen das Bestehen einer konstitutionellen Disposition zu Tabes und Paralyse nicht zweifelhaft erscheinen. Aber mit der Erkenntnis einer allgemeinen erblich bedingten Veranlagung zur Spätsyphilis des Nervensystems können wir uns noch nicht zufrieden geben. Auf der Suche nach der konstitutionellen Veranlagung kam man zunächst auf die Vermutung, daß die Belastung mit endogenen Psychosen eine Disposition zur Paralyse bewirken könnte, eine Vermutung, die sich aber als irrtümlich erwiesen hat. Manches spricht jedoch dafür, daß eine gewisse Organminderwertigkeit des Gehirns und des Gefäßsystems zum Erwerb einer Paralyse disponiere. Ebenso gibt es Beobachtungen, die für die zur Tabes disponierende Rolle gewisser neuropathischer Belastungen sprechen. Die Frage, warum es aber gerade zu den Prozessen kommt, die wir unter der Bezeichnung Spätsyphilis des Nervensystems zusammenfassen, und nicht zu denjenigen, die wir bei der Lues

cerebrospinalis beobachten, führt zu der Annahme, daß es in der Konstitution begründete Faktoren sind, die die der Spätsyphilis eigentümliche Reaktionsfähigkeit des Organismus auf den Syphiliserreger bestimmen. Diese Annahme wird gestützt durch die Erkenntnis, daß es sich auch bei der Spätsyphilis des Nervensystems um eine Syphilis, eine Infektionskrankheit, handelt, daß bei Infektionskrankheiten konstitutionelle Momente für Art und Verlauf entscheidend sind, daß bei der Entwicklung der Spätsyphilis erfahrungsgemäß äußere Einwirkungen wenig von Belang sind, und daß es überhaupt eine familiäre Disposition zur Spätsyphilis des Nervensystems gibt. Kaum geringer als die pathogenetische ist die pathoplastische Auswirkung der Konstitution. Während man früher der Konstitution einen gewissen Einfluß auf die Färbung des Krankheitsbildes einräumte, ist man neuerdings zu der Annahme geneigt, daß die Paralyse in der Anlage schlummernde endogene Psychosen selbst auslösen könne. Sicher wird auch die neurologische Symptomatologie weitgehend durch konstitutionelle Faktoren bestimmt.

Erscheint vollständig in D. Z. f. Nervenheilkunde.

Die Tatsache, daß nur 10 bis 15% aller Syphilitiker an Tabes oder Paralyse erkranken, legt die Vermutung nahe, daß beim Zustandekommen dieser Erkrankungen außer der syphilitischen Infektion noch mindestens ein Faktor wirksam ist. Dieser Faktor könnte in der Eigenart des Syphilisvirus oder in der Verfassung des erkrankten Menschen oder auch in äußeren Umständen, die auf das Wechselspiel zwischen Erreger und Organismus einwirken, liegen.

Wenden wir uns den Tatsachen zu, die für die Bedeutung der Konstitution in dieser Hinsicht zu sprechen scheinen.

Zunächst gibt es Familien, in denen die Paralyse gehäuft vorkommt, in denen sie, wie *Spielmeyer* sagte, »zu Hause« ist. Ich habe (vor 15 J.) die Familie eines Paralytikers veröffentlicht, in der dies der Fall war:

Unter neun Männern der Familie, die überhaupt in das paralysefähige Alter gekommen sind, sind vier an Paralyse erkrankt. Bei einem Mann dieser Familie wurde anläßlich einer manischen Erkrankung festgestellt, daß er keine Lues hatte. Nimmt man an, alle acht anderen Männer dieser Familie hätten sich angesteckt, also den ungünstigsten Fall, der nicht gerade wahrscheinlich ist, so wären 50% der syphilitischen Männer dieser Familie an Paralyse erkrankt, während doch sonst nur 5—10% aller Syphilitiker Paralyse bekommen. Das spricht entschieden für eine familiäre Disposition.

An sich ist familiäres Vorkommen von Paralyse, Tabes und sonstiger Syphilis des Nervensystems schon vielfach beschrieben worden. *A. Marc* beschrieb 1904 aus der *Rieger*schen Klinik eine Familie mit Paralyse in vier aufeinanderfolgenden Generationen. Er und *Rieger* zitierten auch noch mehrere andere Fälle, in denen Paralyse in drei aufeinanderfolgenden Generationen vorkam. Aber bei diesen wie überhaupt bei den älteren Fällen mag die Diagnose der Paralyse zweifelhaft sein[1]). Übrigens beschrieb auch *Kraepelin* eine Familie mit Paralyse in drei aufeinanderfolgenden Generationen. Weiterhin fand *Kraepelin* unter 316 Paralytikern 9mal Paralyse oder Tabes eines Elters. *Kalb* fand unter 205 Familien mit Paralytikern 8mal familiäre Paralyse. Ich konnte unter den Nachkommen von 60 Paralytikern, die in der Richtung ausgelesen

[1]) Wie mir Herr Prof. *Reichardt* mitteilt, handelte es sich bei der von *A. Marc* veröffentlichten Familie um *Huntington*sche Chorea.



waren, daß ihr jüngstes Kind mindestens 30 Jahre alt war, 4 Fälle von Paralyse feststellen, und zwar 2mal auf Grund einer erworbenen, 2mal auf Grund einer angeborenen Syphilis.

Diese Zahlen sind gewiß nur klein. Aber man muß bedenken, daß sie bei der Art, wie sie gewonnen wurden, nämlich lediglich durch Nachfrage oder durch zufällige Feststellung und nicht durch Durchuntersuchung der ganzen Familie, nur einen Bruchteil der wirklich vorhandenen sekundären Fälle angeben.

Dieser Fehler wird vermieden in einer Untersuchung von *Curtius* und *Schlotter* über juvenile Tabes, bei der alle Familienmitglieder untersucht wurden. *Curtius* und *Schlotter* stellten in den Familien von 10 Ausgangsfällen von juveniler Tabes 5mal auch Tabes in der Elterngeneration fest.

Baumgart berechnete für die 130 bis zum Jahre 1921 publizierten Fälle von juveniler Tabes direkte Erblichkeit auf fast 38%.

Weiter fanden *Curtius* und *Schlotter* in 4 ihrer 10 beforschten Familien unter 21 nicht klein verstorbenen Geschwistern der jeweiligen Probanden 6 weitere Fälle von juveniler Tabes und einen fraglichen Fall.

Diese Zahlen gewinnen an überzeugender Kraft, wenn man bedenkt, daß die juvenile Tabes ein im ganzen recht seltenes Leiden ist.

Recht bemerkenswert sind in dieser Hinsicht auch die kürzlich von *Kaplun* und *Morejnis* in Leningrad mitgeteilten Beobachtungen. Die Autoren teilten ihr Material in zwei Gruppen ein: in der ersten Gruppe mit 84 Familien litten die primär infizierten Personen an irgendeiner Form von Neurolues, in der zweiten Gruppe von 101 Familien war bei den primär Infizierten das Nervensystem nicht befallen. Beide Gruppen waren bezüglich der Beobachtungsdauer und der Behandlung ziemlich einheitlich. Der Vergleich ergab nun einen annähernd gleichen Erkrankungssatz an Neurolues in beiden Gruppen. Dagegen fanden sich gleiche Erscheinungsformen der Lues bei Vater und Kind in 24%, bei Mutter und Kind in 32%, Übereinstimmung bei Vater, Mutter und Kind in 44% der Fälle. Die Autoren schließen daraus, daß diese Beobachtungen gegen die Annahme einer Lues nervosa im Sinne eines neurotropen Virus und für die Bedeutung einer erblichen Disposition sprechen.

Nun könnte man gegenüber all den Fällen, in denen sich eine Paralyse oder eine Tabes oder eine andere Form von Neurolues in 2 aufeinanderfolgenden Generationen feststellen ließ, einwenden, daß hier die Syphilis aus der gleichen Quelle kam, daß diese Fälle also ebensogut für eine Lues nervosa sprechen.

Curtius und *Schlotter* fanden aber in 3 ihrer Familien auch noch Fälle von Tabes, bei denen die Lues aus anderen Quellen gekommen war. Hier wirkte also eine Lues verschiedener Herkunft auf das gleiche familiäre Substrat ein. Die Autoren kommen m. E. mit Recht zu dem Schluß: »In diesen 3 Familien muß also eine erblich übertragene Metaluesdisposition angenommen werden. Das Prinzip der Lues nervosa ist hier völlig außerstande weiterzuhelfen.«

Es finden sich übrigens in der Literatur nicht so selten Beobachtungen über Spätlues des Nervensystems bei Blutsverwandten mit verschiedenen Infektionsquellen. *Nonne* beobachtete zwei Brüder, die sich an verschiedenen Quellen infiziert hatten. Der eine wurde tabisch, der andere paralytisch.

Die bereits erwähnten russischen Autoren *Koplun* und *Morejnis* führen

5 Familien an, in denen Geschwister gleichartige neuroluische Erscheinungen boten, obwohl die Infektionsquelle stets verschieden war.

Zwillingsuntersuchungen liegen m. W. bei Syphilis noch nicht vor. Es gibt nur vereinzelte Beobachtungen in dieser Richtung. So beobachtete *Nonne* nicht nur die beiden vorhin erwähnten Brüder, sondern auch 2 Zwillingsbrüder, die sich an verschiedenen Stellen eine Syphilis geholt hatten. Beide wurden paralytisch, der eine nach 5, der andere nach 6 Jahren.

Alle diese und ähnlichen Beobachtungen lassen es kaum zweifelhaft erscheinen, daß es eine konstitutionell, d. h. vorwiegend erblich bedingte Veranlagung zu Tabes und Paralyse gibt. In dieser Hinsicht verhält sich die Spätsyphilis des Nervensystems nicht anders als andere exogen bedingte Geistes- und Nervenkrankheiten. Sie alle zeigen nicht nur pathoplastisch, sondern auch pathogenetisch einen Aufbau aus exogenen und endogenen, konstitutionell verankerten Elementen.

Aber mit dieser Erkenntnis können wir uns noch nicht zufrieden geben. Die weitere Fragestellung ist darauf gerichtet, auch die Art der konstitutionellen Beteiligung zu erfassen.

Schon früh hat man versucht, die erblich bedingte Veranlagung zur Paralyse genauer durch eine Feststellung der dabei vorliegenden Belastung zu erfassen. Die älteren dieser Untersuchungen stammen aus einer Zeit, in der die syphilitische Natur der Paralyse noch unbekannt oder hypothetisch war. Man betrachtete damals die Paralyse als eine Geisteskrankheit wie jede andere auch und suchte für sie den Grad der Belastung festzustellen, wobei man die verschiedenen Geistes- und Nervenkrankheiten in den verschiedenen Verwandtschaftsgraden zählte. Da die verschiedenen Untersucher in dieser Hinsicht verschieden verfuhren, kam es, daß beispielsweise *Westphal* eine Gesamtbelastung von $5^1/_2$%, *Gannouchkine* aber eine solche von 75% berechnete. Diese Feststellungen sind heute wertlos, weil sie die verschiedensten psychischen und nervösen Abwegigkeiten als belastende Momente zählten, sowie vor allem deshalb, weil sie keine Vergleiche mit der entsprechenden Belastung bei Gesunden gaben. Erst während des Krieges gelangten *Kalb* und *Pernet* unabhängig voneinander zu Feststellungen, die einen Vergleich mit Gesunden und Geisteskranken ermöglichten. Darnach sind die Paralytiker etwas mehr als die Geistesgesunden, aber erheblich weniger als die Geisteskranken im engeren Sinne belastet. Die geringe Mehrbelastung der Paralytiker gegenüber den Geistesgesunden läßt sich nach *Kehrer* dadurch erklären, daß bei den Feststellungen auch Fälle von Paralyse und Idiotie mitgezählt wurden, bei denen ja die gleichen exogenen Grundursachen mitwirken oder doch mitwirken können wie bei der Paralyse. Übrigens bräuchte auch eine wirkliche Mehrbelastung der Paralytiker mit Geisteskrankheiten noch nicht zu beweisen, daß die Disposition zur Paralyse auf diesem Gebiete liege, da die psychopathische Verfassung lediglich den Erwerb der Lues begünstigen könne. *Kalb* und *Perner* kamen unabhängig voneinander zu dem Ergebnis, daß weder die Anlage zum manisch-depressiven Irresein noch die zur Schizophrenie an sich etwas mit der Disposition zur Paralyse zu tun habe. Auf Grund eingehender eigener Untersuchungen kam ich zu dem gleichen Ergebnis und konnte es auch auf die entsprechenden Psychopathien ausdehnen. Weiter stellte später *Glans* fest, daß der schizophrene Luetiker etwa in der gleichen Häufigkeit an Paralyse

erkrankt wie der nichtschizophrene Luetiker. Auch hieraus kann man schließen, daß schizophrene Erbanlagen nicht zum Erwerb einer Paralyse disponieren. Von der Epilepsie wurde behauptet, daß sie sogar vor der Erkrankung an Paralyse schütze, da bei Epileptikern, obwohl sie nicht so selten Syphilis erwürben, noch nie eine Paralyse beobachtet worden sei. Kürzlich hat nun freilich *Matzdorf* einen Fall von Paralyse bei einem Epileptiker mitgeteilt, aber auf eine besondere Neigung der Epileptiker zur Paralyse wird man wohl daraus auch nicht schließen dürfen. Nichts spricht also für die Annahme einer manisch-depressiven, schizophrenen, epileptischen, psychopathischen Anlage als Disposition zur Paralyse. In meinen Untersuchungen stieß ich auf Familien von Paralytikern, in denen ich nicht das Geringste von psychotischer und psychopathischer Belastung feststellen konnte; und ergänzend dazu erklärte *Kehrer*, er habe die allerschwerste allseitige Belastung mit allen möglichen psychischen Anomalieen nicht bei der Paralyse gefunden, sondern in einem Fall von Tabes mit schizoider Psychopathie und bei einem Fall von Psychose bei Lues cerebri.

Wenn ich demnach der Belastung mit den sog. endogenen Psychosen keine disponierende Rolle für die Erkrankung an Paralyse beimessen möchte, so soll doch keineswegs gesagt sein, daß eine lokale Organminderwertigkeit hier nicht in Betracht käme. Vielleicht ist ja auch bei den endogenen Psychosen das primär Erkrankte gar nicht das Gehirn.

Es ist vielmehr durchaus möglich, daß der Paralyse eine Organminderwertigkeit des Gehirnes zugrunde liegt. Es gibt in der Pathologie zahlreiche Analoga dafür, daß Organe mit Anlagestörungen einen Locus minoris resistentiae für Infektionen und andere krankhafte Prozesse darstellen. So weist beispielsweise *Curtius* darauf hin, daß mißgebildete Herzklappen zu einer Endokarditis praedisponieren. Diese Organminderwertigkeiten aber sind großenteils erblich bedingt. Ich erinnere an die hereditäre Organdisposition für Tumoren aller Art, an die von *Curtius* betonte und für das Gefäßsystem nachgewiesene konstitutionelle Minderwertigkeit bestimmter Organsysteme, an die von *Hammerschlag* beschriebene Heredopathia acustica usw.

Bezüglich des Gehirns, seiner Teile und Adnexe fehlen in dieser Hinsicht noch systematische Untersuchungen. Nur einzelne Befunde könnten vielleicht im Sinne einer topischen Disposition gedeutet werden. So wies *Reichardt* bei der Paralyse auf den verhältnismäßig häufigen Befund einer relativen Mikrocephalie, d. h. eines Mißverhältnisses zwischen Schädelinnenraum und Gehirnvolumen hin. In diesem Sinne sprechen auch die von *Alzheimer* und anderen erhobenen Befunde von Anlagestörungen im Gehirn bei Paralyse, besonders bei juveniler Paralyse. Zwar liegt gerade bei der juvenilen Paralyse der Einwand nahe, daß diese Anlagestörungen durch die angeborene Lues bedingt seien, doch lehnen erfahrene Hirnanatomen, wie *Ranke, Bielschowsky, Wohlwill* u. a. diesen Einwand nachdrücklich ab.

Über einen wichtigen Bestandteil des Zentralnervensystems liegen sorgfältige Belastungsuntersuchungen vor, nämlich über das Gefäßsystem. Schon bei den französischen Autoren in der Zeit vor der Erkenntnis der ätiologischen Bedeutung der Syphilis spielte die »hérédité congestive« eine große Rolle; aber auch in deutschen statistischen Untersuchungen wurde schon früh behauptet, daß Apoplexien auffallend häufig unter den Ver-

wandten, besonders den Eltern der Paralytiker vorkommen. Auch diese Untersuchungeen litten unter zu geringer Differenzierung, unter dem Fehlen eines Vergleiches und auch darunter, daß die Altersstufen der Vergleichspersonen nicht genügend berücksichtigt wurden. Eine sorgfältige Untersuchung des Finnen *Sven Donner* von der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie vermied diese und andere Fehlerquellen. Sie kam zu dem Ergebnis, daß die Eltern der Paralytiker tatsächlich mehr an Arteriosklerose und Schlaganfällen sterben als die Eltern der Geisteskranken überhaupt. Auffallenderweise betrifft diese Mehrbelastung aber ausschließlich die Väter der Paralytiker, während sie bei den Müttern nicht nachzuweisen ist. Die Bedeutung dieses Unterschiedes ist noch unklar. Eine Erklärung wäre die, daß es sich um Erbanlagen handelt, die mit äußeren Faktoren, etwa mit Alkohol und Nikotin Arteriosklerose, mit Syphilis aber Paralyse verursachen. Die Feststellung einer erblich bedingten Gefäßschwäche bei der Paralyse ist deshalb von Bedeutung, weil auch der anatomische Befund für eine erhebliche Beteiligung des Gefäßsystems beim Zustandekommen der Paralyse spricht. Nach *Spatz* geht der paralytische Prozeß überhaupt vom Gefäßsystem aus. Auch auf den Umstand, daß 80% der Tabiker und Paralytiker eine Aortitis zeigen, muß in diesem Zusammenhang hingewiesen werden.

Was nun die Tabes anlangt, so kam *Baumgart* in seiner erwähnten, 130 Fälle aus der Literatur umfassenden Zusammenstellung von juveniler Tabes zu dem Ergebnis, daß bei ihnen 96 mal, d. h. in 74% eine neuropathische Belastung vorlag. *Curtius* und *Schlotter* fanden bei den Eltern und Geschwistern ihrer 10 juvenilen Tabiker auch nach Abzug der neuroluischen Erkrankungen noch eine etwa doppelt so starke neuropathische Morbidität als bei einer neurologisch gesunden Kontrollbevölkerung. Die Zahlen von *Curtius* und *Schlotter* sind allerdings recht klein, auch sind die verschiedenartigsten Anomalien als belastende Momente zusammengefaßt. *Curtius* und *Schlotter* sind aber doch der Meinung, daß durch ihre Feststellung die neuropathische Belastung als ein zur Tabes disponierendes Moment, ja geradezu als obligate Voraussetzung zu ihrer Entstehung bewiesen sei.

Aber auch die Annahme einer topischen Disposition und einer besonderen Schwäche des Gefäßsystems vermögen m. E. doch noch nicht den spätsyphilitischen Prozeß genügend zu erklären. Wir könnten damit vielleicht begreifen, warum sich Prozesse am Zentralnervensystem und an den Gefäßen, vielleicht auch, warum im einen Falle gerade am Gehirn, im anderen im Rückenmark abspielen, aber nicht, warum es gerade die Prozesse sind, die wir als Spätsyphilis zusammenfassen, und nicht die sekundär- und tertiärsyphilitischen Prozesse, die wir bei den verschiedenen Formen der Hirn-Rückenmarksyphilis beobachten.

Wenn wir hier weiterkommen wollen, werden wir nach dem Grunde der Verschiedenheit der Syphilis in den beiden Gruppen von Erkrankungen forschen müssen. Zahlreiche Beobachtungen klinischer, immunbiologischer, serologischer und anatomischer Art haben zu der Annahme geführt, daß es sich bei der Spätsyphilis um eine andersartige Reaktion, vielleicht um eine Abwehrschwäche des Organismus dem Erreger gegenüber handelt.

Es entsteht nun die Frage: Woher diese andersartige Reaktion? Es

kann hier nicht meine Aufgabe sein, tiefer auf immunbiologische Probleme einzugehen. Aber der Umstand, daß wir die andersartige Reaktion durch bestimmte Maßnahmen in einer für den Kranken günstigen Weise abändern können, spricht dafür, daß äußere Einflüsse für das Entstehen der andersartigen Reaktion in Betracht kommen oder doch neben inneren, konstitutionell bedingten Ursachen auch in Betracht kommen können.

Nun wurde seit dem Bekanntwerden der Paralyse und der Tabes unablässig nach solchen äußeren Schädigungen gesucht. Es hat sich aber bekanntlich gezeigt, daß diese Umstände tatsächlich nur insoweit eine Disposition zum Erwerb einer Spätsyphilis des Nervensystems darstellen, als sie zum Erwerb einer Syphilis disponieren. Daß die spezifische Behandlung oder manche Formen derselben in Betracht kommen, ist mir wenig wahrscheinlich.

Was weiter die inneren, endogenen, erblich bedingten Momente anlangt, so wissen wir, daß sie bei den meisten Infektionskrankheiten von ganz erheblicher Bedeutung sind. In ausgezeichneten Zwillingsuntersuchungen haben *Diehl* und *v. Verschuer* gezeigt, daß die Erkrankung an Tuberkulose, ihre Lokalisation und ihr Verlauf weitgehend erblich bedingt sind. Selbstverständlich ist die Tuberkulose eine Infektionskrankheit, und die Anwesenheit des Tuberkelbazillus ist eine conditio sine qua non für die Entwicklung einer Tuberkulose. Aber andererseits lehrt die ärztliche Erfahrung auch, daß die Anwesenheit des Tuberkelbazillus im Körper an sich noch keine Tuberkulose macht. Es muß noch eine besondere Disposition hinzukommen und diese ist weitgehend erblich bedingt, so weitgehend, daß die Erblichkeit, wie *Diehl* und *v. Verschuer* gezeigt haben, bei der Entstehung der Tuberkulose eine nicht viel geringere Rolle spielt als bei der Entstehung einer so exquisiten Erbkrankheit wie der Schizophrenie. Auch bei anderen Infektionskrankheiten ist, wie ebenfalls die Zwillingsforschung ergeben hat, die erbliche Disposition von besonderer Bedeutung. Für die Syphilis liegen noch keine systematischen Zwillingsuntersuchungen vor; sie hätten wohl auch mit besonderen Schwierigkeiten zu kämpfen. Ich kann hier nur auf die Zwillingsbrüder verweisen, die *Nonne* beschrieben hat, und die beide an Paralyse erkrankten.

Übrigens haben auch andere als Zwillingsuntersuchungen die Rolle der Erblichkeit bei Infektionskrankheiten erwiesen.

Es liegt nach alledem die Annahme nahe, daß es auch bei der Infektionskrankheit Syphilis in der Konstitution begründete, d. h. vorwiegend erblich bedingte Faktoren sind, die die Reaktionsfähigkeit des Organismus auf den Syphiliserreger bestimmen, die Reaktionsfähigkeit, die unserer heutigen Erkenntnis nach im einen Falle eine zu sekundären und tertiären Erscheinungen führende Erkrankung, im anderen Fall eine zunächst mild und erscheinungsarm verlaufende, aber zur Spätsyphilis des Nervensystems führende Erkrankung bewirkt. Gewiß handelt es sich hier um eine Annahme, aber diese Annahme ist keineswegs willkürlich, aus der Luft gegriffen, sie wird gestützt durch die Erkenntnis, daß es sich auch bei der Spätsyphilis des Nervensystems um eine Syphilis, eine Infektionskrankheit handelt, daß bei Infektionskrankheiten konstitutionelle Momente für Art und Verlauf entscheidend sind, daß bei der Entwicklung der Spätsyphilis erfahrungsgemäß äußere Einwirkungen wenig

von Belang sind, und daß es überhaupt ganz allgemein eine familiäre und hereditäre Disposition zur Spätsyphilis des Nervensystems gibt. Einen exakten Beweis dafür wird man nicht fordern können, solange die Immunbiologie der Syphilis nicht weiter geklärt ist.

Ich habe schon vor 14 Jahren die Annahme vertreten, daß es eine hereditäre Disposition zur Paralyse gibt, und daß diese Disposition auf dem Gebiete der körperlichen Abwehrvorrichtungen gegen Infektionen liegt. Diese meine frühere Annahme muß ich allerdings dahin einschränken, daß es sich nicht um körperliche Abwehrvorrichtungen gegen Infektionen schlechtweg handelt, sondern um eine Abwehrschwäche gegen die Syphilis. Ich habe bei einer größeren Anzahl von Paralytikern festgestellt, wie sie als Kinder bei der Schutzpockenimpfung reagiert hatten. Dabei hat sich herausgestellt, daß sie in der ganz gleichen Weise wie die übrigen Kinder ihrer Jahrgänge, weder lebhafter noch weniger lebhaft, reagiert hatten. Es scheint sich also nicht um eine allgemeine Reaktionsschwäche, sondern um eine spezifische Reaktionsschwäche oder doch Reaktionseigentümlichkeit gegenüber dem Syphilisvirus zu handeln. Übrigens spricht auch das Verhalten der Tabiker und Paralytiker gegenüber den therapeutischen Infektionen in diesem Sinne.

Überblicken wir meine bisherigen Ausführungen, so glaube ich feststellen zu können, daß wir mit Sicherheit eine konstitutionelle Disposition zur Spätsyphilis des Nervensystems annehmen dürfen. Manches spricht dafür, daß es eine erblich bedingte Anfälligkeit des Nervensystems im Sinne einer topischen Disposition gibt, die also erklären würde, warum in manchen Fällen die Syphilis das Nervensystem überhaupt, speziell aber das Gehirn oder das Rückenmark befällt. Manches weist gerade bei der Spätsyphilis auch auf eine besondere erbliche Anfälligkeit des Gefäßsystems hin. Ob aber die Syphilis vorwiegend als sekundäre und tertiäre Syphilis verläuft, oder ob sie die Entwicklung einer Spätsyphilis nimmt, das hängt m. E. von konstitutionellen Bereitschaften auf immunbiologischem Gebiet ab.

So oder so ähnlich werden wir unseren heutigen Kenntnissen nach die konstitutionellen Voraussetzungen der Spätsyphilis des Nervensystems wohl annehmen müssen. Jedenfalls haben wir uns bisher die Suche nach der konstitutionellen Disposition viel zu leicht gemacht. Vielleicht kommen zu den genannten auch noch andere Anlagefaktoren hinzu. Es wurde auch eine Rassendisposition für die Spätsyphilis des Nervensystems behauptet, allerdings nicht gerade überzeugend dargelegt. Es ist aber durchaus möglich, daß eine gewisse Neigung mancher Rassen zu besonderen Formen der Spätsyphilis besteht, wie wir ja auch bei anderen Infektionskrankheiten eine Rassendisposition kennen. *Beringer* beobachtete bei den Buriatomongolen im Gegensatz zu unseren Verhältnissen nicht ganz selten das gleichzeitige Vorkommen von tertiären Erscheinungen bei Tabes und Paralyse. Auffällig war ihm auch das häufige Vorkommen von Opticusatrophie, eine Erscheinung, die mit den Beobachtungen *Pfisters* bei den Chinesen übereinstimmt. In diesem Zusammenhang ist die Tatsache von Interesse, daß die Konduktorinnen bei der *Leber*schen Sehnervenerkrankung, die bei der weißen Rasse keine oder nur leichte Erkrankung zeigen, bei den Japanern eine ausgesprochene Opticusatrophie bekommen.

Bemerkenswert erscheint mir auch die sich immer mehr durchsetzende

Anschauung, daß sich die Konstitution des Krankheitsträgers gewissermaßen rückwirkend auch auf den Krankheitserreger auswirken kann. Manche neuere Theorien der »Lues nervosa« rechnen damit. Tatsächlich hat diese Anschauung manches für sich. Abwehrvorgänge und Anpassungsbestrebungen wirken hier zusammen; Ausleseprozesse unter den Erregern gehen damit einher und können sich in den zahlreichen Generationen von Erregern und den langen Zeiten für den Träger in unheilvollster Weise auswirken.

Kaum geringer als die soeben dargelegte pathogenetische ist die pathoplastische Auswirkung der Konstitution. Hier spielt die Belastung mit endogenen Psychosen, die mir pathogenetisch nicht von Bedeutung zu sein schien, sicher eine ganz erhebliche Rolle. Nach *Kraepelin* kommt die prämorbide Persönlichkeit in der Gestaltung des späteren Krankheitsbildes der Paralyse zum Ausdruck. *Kalb* fiel es auf, daß Verwandtenparalysen innerhalb einer Familie einen gemeinsamen Charakter tragen. *Poenitz* und *Kehrer* haben manche Erscheinungen der Paralyse auf eine Enthemmung und Verstärkung präpsychotischer Persönlichkeitszüge zurückgeführt. Da aber die Persönlichkeit weitgehend durch die erblich bedingte Veranlagung bestimmt wird, wird man annehmen dürfen, daß auch viele Besonderheiten der Paralyse letzten Endes durch diese Erbanlagen bestimmt werden. In der Tat haben schon *Fauser,* später *Kalb, Seelert, Pernet* den Einfluß insbesondere der manisch-depressiven Veranlagung für die Symptombildung bei der Paralyse gezeigt. Nach *Erich Schneider* sind halluzinierende Paralysen mit Trunksucht, depressive durch Suicide belastet.

Ich habe auch schon früh versucht, die Eigenarten des Verlaufes, wie besonders langsamen oder kurzen Verlauf und die mehr oder weniger große Neigung zu Remissionen oder zu Anfällen auf konstitutionelle Momente zurückzuführen. In diesem Sinne spricht auch eine neuere Beobachtung von *Flesch:* Zwei Vettern starben mit 21 bzw. 25 Jahren, wenige Jahre nach der Infektion, an foudroyanter Paralyse.

Aber neuerdings geht man in der Annahme eines Manifestwerdens bisher latenter Erbanlagen noch viel weiter. Im Anschluß an die Beobachtung von *Spielmeyer,* daß die anatomischen Hirnveränderungen bei Paralyse zunächst überhaupt keine wesentlichen psychischen Erscheinungen zu machen brauchen, ist *Bostroem* (unter Widerspruch seitens *Wimmers* u. a.) geneigt, die hypochondrischen, neurasthenischen und expansiven Erscheinungen der beginnenden Paralyse nicht so sehr auf den paralytischen Prozeß, als vielmehr auf ein Manifestwerden von Erbanlagen zu endogenen Psychosen, ja auf eine Auslösung dieser Psychosen selbst durch den paralytischen Prozeß zu beziehen. Etwas Ähnliches nimmt *Bostroem* bei den verschiedenen Formen der Paralyse, bei den halluzinatorisch-paranoiden Zuständen nach der Fieberbehandlung, aber auch bei den Luespsychosen und bei manchen Tabespsychosen an.

Für die erbliche Bedingtheit neurologischer Besonderheiten spricht eine interessante Beobachtung von *Curtius* und *Schlotter.* Unter ihren 10 juvenilen Tabesfällen litt nur eine Patientin an Opticusatrophie. Die Familienuntersuchung zeigte, daß zwei ihrer Schwestern das gleiche Symptom boten. *Risak* konnte zeigen, daß die Arthropathie nur in 10% aller Tabesfälle

auftritt, und zwar lediglich bei solchen Kranken, die eine erbliche Disposition zur Arthritis deformans mitbringen.

Allzu lange haben wir Paralyse, Tabes und Lues cerebrospinalis nur vom psychiatrischen und neurologischen Standpunkt aus betrachtet. Nur schwer können wir uns daran gewöhnen, in ihnen besondere Erscheinungsformen der Syphilis des ganzen Organismus zu sehen, Erscheinungen, die durch einen ungemein komplizierten Wechselkampf zwischen Erreger und Organismus bedingt sind. Wie auch bei anderen chronischen Infektionskrankheiten spielen dabei konstitutionelle Faktoren, wenn auch nicht eine ausschließliche, so doch eine recht bedeutsame Rolle. Wenn wir darin auch noch keineswegs klar sehen, so verstehen wir doch heute schon besser als noch vor wenigen Jahrzehnten den Ausspruch des alten *Paracelsus:*

»Die Syphilis nimmt bei jedem Menschen den Charakter derjenigen Krankheit an, zu der er durch Erblichkeit und andere prädisponierende Momente neigt.«

Berthold Kihn: Klinik und Therapie der nervösen Spätlues.

Der Begriff der Früh- und Spätlues hat die alte Stadieneinteilung nicht voll zu ersetzen vermocht. Namentlich praktisch-klinische Gründe veranlassen den Fortgebrauch der alten Stadieneinteilung. Auch die mißverständliche Bezeichnung der quartären Lues ist als kurzer Sammelname für Tabes und Paralyse wohl geeignet.

Zur nervösen Spätlues werden gezählt: alle Formen der Tabes und Paralyse, die Lues cerebrospinalis im engeren Sinne, ferner alle latenten Formen der späten Lues cerebri. Nicht dazu gehören: die nervöse Lues des Primär- und Sekundärstadiums, die Meningoneuritis des Frühstadiums, die Neurorezidive, die örtliche und diffuse Meningitis des Primär- und Sekundärstadiums. Der Begriff der Liquorlues ist abzulehnen.

Bezüglich der Klinik, der Voraussicht und der Erscheinungsweise der Lues cerebrospinalis tarda ist alles wesentliche geklärt. Hinsichtlich ihrer Häufigkeit Rückgang der schweren und voll entwickelten Formen. Schuld daran weniger therapeutische Einflüsse als weitgehende soziale Wandlungen, so daß irrige Auffassungen leicht entstehen können. Was die klinischen Gruppen der Lues cerebrospinalis tarda anlangt, so gelten noch die alten Einteilungen nach anatomischen und physiologischen Gesichtspunkten neben solchen aus empirisch-klinischen Bedürfnissen. Die alte *Kraepelin*sche Einteilung nur noch bedingt verwendbar. Mangelhafte Korrelation zwischen klinischem Verlaufe und anatomischem Befunde. Prognose der einzelnen Formen sehr verschieden. Seltenere Krankheitsbilder bei der Lues cerebrospinalis tarda sehr umstritten. *Fournier*s syphilitische Pseudoparalyse möglicherweise nichts anderes als eine Combination aus dem hirnluetischen und paralytischen Formenkreis. Die *Erb*sche syphilitische Spinalparalyse noch umstrittener.

Die chronischen Luespsychosen in ihrer Stellung zum schizophrenen Formenkreis nicht geklärt. Die in Demenz ausgehenden Formen in ihrem Verlaufe sehr unberechenbar, für die Therapie wenig dankbar. Der Begriff der latenten Form der Lues cerebri relativ, nur solange gültig, als nicht durch feinere Untersuchungsmethoden doch manifeste Erscheinungen nach-

zuweisen sind. Vor jeder allzu laxen Fassung des Latenzbegriffes ist zu warnen, da er dadurch mit Symptomarmut gleichgesetzt wird.

Bezüglich der Klinik der tabischen Krankheiten als auffälligstes Moment die Änderung im Charakter der tabischen Erkrankungen. Gutartiger Verlauf, dagegen zahlenmäßige Abnahme zweifelhaft. Auch an dieser Änderung vielleicht in erster Linie soziale Umstände schuld. Malum perforans, Arthropathien, Aneurysmen seltener geworden. Der alte Grundsatz, daß die mit Opticusschädigungen verlaufende Tabes die gutartigere in bezug auf den ganzen Krankheitsverlauf sei, besteht doch im wesentlichen zu Recht. Auch an der Bösartigkeit der mit vegetativen Symptomen einhergehenden Tabes ist etwas Richtiges. Für die Therapie ist die Gutartigkeit und Bösartigkeit oder das Moment des Fortschrittes, der in einem Symptom gelegen ist, nicht der einzige Grund des Eingreifens. Von gleicher Wichtigkeit die Schmerzhaftigkeit oder die vitale Bedrohlichkeit eines Symptoms (Opticus!). Für die Erscheinung, warum aus einem alten tabischen Prozesse zuletzt doch noch eine Paralyse werden kann, gibt es bis heute keine einleuchtende Erklärung. Die Lehre, daß die Tabiker im allgemeinen psychisch ungeschädigt sind, gilt nur sehr bedingt. Die Mehrzahl aller Fälle ist psychisch verändert.

Bei der Klinik der Paralyse fällt auf, wie sehr alle klinischen Fragen unter therapeutischen Gesichtspunkten angesehen werden, auch da, wo sie eigentlich mit der Therapie keine direkte Berührung haben. Die Bezeichnung der Demenz als Kernsymptom hat große klinische Bedenken. Mit dem gleichen Rechte könnte die allgemeine fortschreitende Lähmung als Kernsymptom bezeichnet werden. Hinsichtlich der körperlichen Symptome ist zu berichten, daß die wesentlich schärfere Fassung des gesteigerten Reflexes bei der Paralyse angestrebt wird. Der gewöhnliche schleudernde »praetabische« Reflex ist nicht als spastisch anzusehen. Reservierung dieser Bezeichnung für solche Reflexformen, die alle Kriterien der Spastizität auch sonst besitzen.

In der Deutung der psychischen Symptome der Paralyse vollzieht sich langsam eine Wandlung von der lokalistischen Betrachtungsweise weg zur aufbaudiagnostischen. Für gewisse Erscheinungen, wie für bestimmte paralytische Anfälle oder die galoppierenden Paralyseformen besteht eine lokalistische Erklärung auch heute zu Recht. Bezüglich der »endogenen« Symptome bei Paralyse wahrscheinlich Auslösung bereitliegender endogener Seelenstörungen durch die Paralyse anzunehmen. Für manche Formen auch die Möglichkeit der Verursachung einer symptomatischen Schizophrenie bzw. einer schizoformen Psychose zuzugeben.

Therapie: eine wirksame Vorbeugung der Lues nervosa gegenwärtig nicht möglich, da ihre Entstehungsbedingungen zu wenig bekannt sind. Die Ausrottung der Syphilis begegnet immer noch großen Schwierigkeiten. Durch sozialpolitische Gewaltmaßnahmen mit Rücksicht auf die zu erwartende Verheimlichung der Syphilis und Flucht aus der Kontrolle ein Erfolg nicht zu erwarten. Es besteht nicht der geringste Anlaß, von einer Unwirksamkeit oder schlechten Wirksamkeit der Luesbehandlung im Frühstadium zu sprechen. Die stellenweise geübte Kritik an den Maßnahmen der Luesbehandlung ist als unberechtigt zurückzuweisen. Der in der Presse der Laienbehandler immer noch zu lesende Satz von der Gefährlichkeit der Quecksilbertherapie schon längst von den Tatsachen der Einführung des ungefährlichen Wismuts über-

holt. Weitere Entwickelung der Neuroluesbehandlung vermutlich im völligen Ersatz des Hg durch Bi gelegen, Auflassung aller intraspinalen Methoden, Ersatz des organischen As und des Arsenobenzols durch fünfwertiges anorganisches As. Zunehmender Gebrauch unspezifischer und infektionstherapeutischer Methoden schon in der Vorbeugung der nervösen Spätlues. Ersatz der Infektionstherapie durch weniger gefährliche Methoden, Versuche erst ansatzweise vorhanden. Die intraspinalen Methoden gefährlich und nicht wirksamer als die üblichen Salvarsaninjektionen in die Vene. Die Paralyse ist kein hirnchirurgisch angreifbares Leiden. Die Verwendung sehr hoher Salvarsandosen bei der Spätlues an Stelle der Infektionstherapie und die Bemessung des Behandlungserfolges nach rein statistischen Grundsätzen (Absterbeordnung!) von problematischem Werte. Die Infektionstherapie ändert nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ. Die Paralytiker sterben nach infektionstherapeutischer Vorbehandlung anders wie früher. Keine chronisch-terminalen paralytischen Bilder mehr. Ein Teil der früheren Salvarsan- und Hg-Indikationen auch in der Frühbehandlung von der Infektionstherapie abgelöst. Bezüglich der Tabes sind im allgemeinen weniger eingreifende Behandlungsmethoden die wirksameren. Unrichtig ist die oft behauptete Unwirksamkeit der Infektionstherapie. Malaria vielmehr ausgesprochen wirksam, namentlich bei nachfolgender spezifischer Behandlung. Bezüglich der Wirkung der Infektionstherapie haben sich manche übertriebenen Hoffnungen nicht gerechtfertigt. Andererseits kann keine Rede davon sein, daß die therapeutischen Remissionen nur schlecht beobachtete Spontanremissionen seien. Der Malaria muß vor den sonst gebräuchlichen infektionstherapeutischen Methoden der Vorzug eingeräumt werden. Neuere Erfahrungen empfehlen den Sodoku zur Nachbehandlung schlecht remittierter Fälle, auch bei Halluzinosen. Versuche des Verfassers, die Infektionstherapie durch harmlosere, aber auch ebenso wirksame Methoden zu ersetzen: Ausgang von der außerordentlichen Wirksamkeit der toxischen Salvarsanexantheme. Versuch, das in der Choreabehandlung empfohlene Nirvanol auch bei der Paralyse zu gebrauchen. Bei entsprechend hoher Dosierung in der Tat sehr gute Remissionen unter Ausbildung eigenartiger Gesichtsödeme und morbilliformer Exantheme während der Kur. Leider auch sehr hohe Toxizität und Gefährlichkeit.

Aussprache: *Nonne*-Hamburg: Meine Damen und Herren!

Es wurde erwähnt, daß *v. Esmarch* und *Jessen* zuerst auf die syphilitische Natur der Tabes hingewiesen haben. Viele von Ihnen werden nicht wissen, wie die Sache lag. Ich weiß es aus dem Munde *v. Esmarch*s selbst, bei dem ich 1886/87 Assistent war.

Es handelte sich um einen Mann mit schwerer syphilitischer Osteomyelitis des Schädels, der tobte und schwachsinnige Größenideen hatte. Man wußte damals weder etwas von den Pupillen noch von Sehnenreflexen. Heute wissen wir, daß tertiäre Lues bei Paralyse wie bei Tabes etwas überaus Seltenes ist. Eine Sektion fand nicht statt.

Als ich 1884 als Assistent bei *Erb* eintrat, hatte er noch schwer zu kämpfen gegen die Autorität von *Leyden,* der bis zu seinem Tode der Meinung blieb, daß die Tabes mit Syphilis nichts zu tun hätte. Als ich 1889 nach Eppendorf kam, empfing mich der Prosektor *Eugen Fraenkel* mit der Frage: »Glaubt Ihr früherer Chef *Erb* immer noch, daß die Tabes etwas mit Syphilis zu tun habe? *Virchow* ist doch auch ein kluger Mann und hat

erst vor kurzem in Berlin erklärt, daß die tabische Hinterstrangserkrankung nicht die Zeichen von Syphilis in sich trage«. Und ein überaus erfahrener Chefarzt in einem der großen Hamburger Krankenhäuser hatte ein Buch geschrieben über die Tabes-Syphilisfrage, das mit dem lapidaren Satz endete: »Bewiesen ist nur, das Syphilis nicht verhindern kann, daß jemand Tabes bekommt«. Wenn wir die auf dem Gebiet der Neurolues seither geleistete Arbeit übersehen und das heute Gehörte bedenken, so möchte es scheinen, als ob wir es jetzt herrlich weit gebracht haben und doch sind viele von den Problemen, die damals behandelt wurden, auch heute noch nicht gelöst.

1. Was ist »Spätlues« des Nervensystems? *Heubner, Fournier* u. a. meinten, daß die Neurolues immer Spätlues sei. Heute wissen wir, daß $^1/_4$ der Fälle von arteriitischer Lues in der Frühperiode auftreten und die Hälfte aller Fälle von Neurolues in den ersten 3 Jahren auftreten. Nicht nur die arteriitische Form tritt so früh auf, sondern ich habe Fälle gesehen, in denen Gummi im Hirn in der Frühperiode auftrat (Sektion). Ich habe einen Fall gesehen, in dem eine Pachymeningitis hypertrophica gummosa das Bild eines komprimierenden Tumors erzeugte (Sektion), und das war wenige Wochen nach der ersten Roseola. Ich habe einen Fall gesehen, in dem eine schwere gummöse basale Meningitis auftrat noch ehe der schwere ulceröse Primäraffekt verheilt war (Sektion). Andererseits habe ich Gummata im Gehirn und Rückenmark noch nach 30 Jahren auftreten sehen.

2. Was ist Metalues?

Wir wissen heute nur, daß die Annahme der *Strümpell*schen Theorie von ihrem Zustandekommen durch das vom damals noch hypothetischen Syphiliserreger produzierte Toxin durch *Noguchi*s Befund scheinbar erledigt ist.

1913 stellte man sich auf dem Internationalen Ärztekongreß in London auf dem Standpunkt, daß Tabes und Paralyse eine Erkrankung des Ektoderms und deswegen die eigentliche Neurolues seien, während die sogen. Syphilis cerebrospinalis eine Erkrankung des Mesoderms (Gefäße und Bindegewebe) sei und somit nur sekundär das Nervensystem ergriffe. Ich will hier hinweisen auf die Analogie mit der Lepra. Wir haben hier die tuberöse Form der Lepra, die sekundär das Nervensystem in schwerster Weise affiziert und massenhaft Leprabazillen erkennen läßt, andererseits die Lepra anaesthetica, die eine primäre Erkrankung des Rückenmarkes ist, und bei der lange Jahre hindurch Bazillen nicht nachgewiesen werden konnten, bis der Nachweis überaus spärlicher Leprabazillen *Lie* gelang. Etwas Besonderes ist die sogen. Metalues, d. h. Tabes und Paralyse auch noch heute, und *Hauptmann* steht bekanntlich wieder auf dem Standpunkt, daß dem Syphilis-Toxin bei der Schaffung der Symptome Bedeutung zukomme, ja, er nennt sogar die Symptome, die s. E. toxisch und nicht bazillär bedingt sind.

3. Das Verhalten der Spirochäta pallida zur Symptomatologie der Paralyse ist noch keineswegs geklärt.

Es ist keineswegs so, daß die klassische Form der Paralyse, die chronisch progrediente demente Form, die galoppierende Form, die Lissausche Form, die Formen mit langdauernden weitgehenden Remissionen an der größeren oder geringeren Reichhaltigkeit der Spirochäten oder an ihrer Lokalisation anatomisch zu erkennen sind. Die Spirochäten kommen, wie *Jahnel* uns schon lange gelehrt und heute wieder gesagt hat, überaus vereinzelt vor, ja sie sind oft gar nicht zu finden. In anderen Fällen kommen sie ganz dif-

fus und regelmäßig verstreut vor, in wieder anderen Fällen ziehen sie in hellen Heerscharen zu den Gefäßen hin, gewissermaßen magisch von diesen angezogen, und wieder in anderen Fällen zeigen sie sich in den von *Hauptmann* so schön dargestellten Bienenschwarmformen. Auch wissen wir nicht, welche klinische Bedeutung die von *Jahnel* zuerst uns bekannt gegebenen Degenerationsformen haben. Ich will betonen, was ich schon früher publiziert habe, was aber wenig beachtet geblieben ist, daß der Neurologe, der viel sieht, nicht selten Fällen begegnet von exquisiten neurasthenischen Symptomen bei Kranken, die Syphilis gehabt haben, deren Blut positiv reagiert, bei denen der Liquor die eine oder andere pathologische Reaktion zeigt, ohne daß es sich um lückenlose Luesreaktionen handelt. In solchen Fällen können die Pupillen leichte Anomalien zeigen, brauchen es aber nicht. Wer langjährige Erfahrungen hat, weiß, daß solche Fälle Dezennien hindurch stationär bleiben können, ohne daß es zu ausgesprochener Paralyse kommt. Das sind m. E. ebenso imperfekte und stationäre Fälle wie wir sie für die Tabes längst kennen und zugeben. Mit anderen Worten: imperfekte und stationäre Fälle von Paralyse gibt es m. E. öfter als man im allgemeinen glaubt, und die progressive Paralyse muß nicht immer — auch unbehandelt — »progressiv« sein.

4. Ich begrüße es, daß »neurotrope« Formen heute abgelehnt werden. Die Fälle von Gruppeninfektionen sind vereinzelt geblieben. Ich selbst habe einen derartigen Fall mitgeteilt und glaubte früher an die Neurotropie. Aber schon *Eichelberg* hat einen Fall mitgeteilt, wo 4 von derselben Quelle infizierte Personen an ganz verschiedenen Formen der Lues erkrankten (Neurolues und viscerale Lues).

Das häufige Vorkommen von Aortitis bei Tabes und Paralyse muß uns heute schon gegen die Annahme von neurotroper Lues einnehmen. Man müßte in solchen Fällen schon sagen, dasselbe Individuum ist infiziert worden von aortotropen und von neurotropen Spirochäten.

Auch das häufige Vorkommen von konjugaler Neurolues wurde früher im Sinne von Neurotropie gedeutet. Aber breite Erfahrung an konjugaler Neurolues hat gezeigt, daß die Ehegatten sehr verschiedene Formen von Lues haben können, entweder Tabes auf der einen Seite, Paralyse auf der anderen Seite, oder Tabes oder Paralyse auf der einen Seite und Aortenlues auf der anderen Seite oder Tabes oder Paralyse auf der einen Seite und Lues cerebrospinalis auf der anderen Seite oder Tabes oder Paralyse oder Lues cerebrospinalis auf der einen Seite und viscerale Lues auf der anderen Seite. Dazu kommt, daß wir kongenitale Lues in Form von Neurolues finden können, während die Eltern nur positive Wassermann-Reaktion im Blut haben oder irgendeine Form von visceraler Lues oder nur Aortitis haben. Auch sieht man bei größerer Erfahrung Fälle, in denen Geschwister mit kongenitaler Lues Neurolues, viscerale Lues oder Knochenlues usw. haben. Nur 2 Fälle aus einer großen Anzahl eigener Erfahrungen:

Die Mutter hat noch heute Wa.R. im Blut als isoliertes Symptom. Das erste Kind hat nur Wa.R. im Blut. Das zweite Kind litt an hypophysärer Lues mit bitemporaler Hemianopsie, Polyurie und Dystrophia adisposogenitalis. Das 3. Kind war körperlich und geistig völlig normal, Wa.-Blut negativ. Das 4. Kind hat Tabes dorsalis und das 5. Kind hatte nur Keratitis interstitialis bei Wa.-Blut +.

In einer anderen Familie hatte die Mutter seit mehr als 25 Jahren

isolierte Wa.R. im Blut (infiziert in der Hochzeitsnacht und später an Roseola und Condylomata lata erkrankt). Das Kind kommt nach 10 Monaten mit den Zeichen kongenitaler Lues zur Welt und erkrankt im 9. Lebensjahre an typischer Paralyse, an der es nach 3 Jahren zugrunde geht. Die Mutter ist noch heute intakt bei isolierter Wa.R.Blut +, ebenso ist der Vater nach damals durchgemachter spezifischer Kur frei von Luessymptomen geblieben.

Man sieht bei größerem Material auch hier und da Fälle von Kombinationen von Tabes mit gummöser Meningitis. Einen solchen Fall habe ich erst vor 3 Monaten in Baden-Baden auf dem süd-westdeutschen Neurologentag vorgestellt.

5. Ist die Metalues eine Folge der Behandlung der primären und sekundären Lues?

Sicher ist, wenigstens für Europa, die Tatsache, auf die zuerst vor mehr als 40 Jahren *Erb* hinwies, daß die Tabes besonders häufig nach symptomenarmer (oligo-symptomatischer) Lues auftritt. Ich habe mein Material der Jahre 1904—1914 und dasjenige von 1918—1924 durchgesehen. Es handelt sich um 1270 Fälle von Paralyse und 1372 Fälle von Tabes. In 80% dieser Fälle war von sekundären Symptomen nichts bemerkt worden oder es hatte nur einmal ein Exanthem bestanden, dann waren weitere äußere Symptome von Lues nicht aufgetreten. Nur 3mal habe ich einen Fall gesehen von tertiärer Knochenlues bei Tabikern. In allen diesen Fällen war die Behandlung eine sehr geringe, oft gar keine gewesen.

Wir wissen, daß die Nicht-Behandlung der primären und sekundären Lues von mehreren Seiten als der Grund angesehen wurde dafür, daß in verschiedenen sogen. exotischen Ländern tertiäre Lues häufig und Metalues nicht vorkäme. Ich nenne nur China, Türkei, Bosnien, Algerien, Java. Geht man der Sache näher nach, so bekommt man schwere Bedenken. In Java (Buitenzorg) fand *Kraepelin* fast keine Metalues, *v. Brero* hingegen ziemlich zahlreiche Fälle. In der Türkei konnte *Hiß* keine Fälle von Metalues sehen, während *Fleischmann,* der 3 Jahre im Orient war, genügend Fälle sah. In China sah *Maxwell* keine Metalues, während *Pfister* sie ziemlich zahlreich sah. Vor kurzem hat uns *Beringer* mitgeteilt, daß er bei seinen eingehenden Untersuchungen bei den Burjäten eine ganze Reihe von Fällen von Metalues sah, während die Ärzte im dortigen Krankenhaus ihm erklärt hatten, daß Metalues nicht vorkäme. Danach muß auch ich, ebenso wie *Beringer, Bumke* recht geben, wenn er sagt, daß bei der Behauptung vom Nichtvorkommen von Metalues als Folge von Nicht-Behandlung man »Irrtümern über Irrtümer« ausgesetzt sei. *Beringer* hat uns auch gelehrt, daß bei den niemals antisyphilitisch behandelten Burjäten er in zahlreichen Fällen, auch bei älteren und alten Leuten, Wa.R. im Blut als isoliertes Symptom fand, bei denen also trotz Nicht-Behandlung Neuro- und Metalues nicht aufgetreten war.

6. Auffällig ist, daß in der Häufigkeit des Auftretens von Lues cerebrospinalis einerseits, Metalues andererseits große Unterschiede bei Völkern bestehen. So fand sich in Java unter allen Nervenkranken Lues cerebrospinalis in 23% der Fälle, während ich unter meinen Fällen nur 1,6% feststellen konnte.

Ich glaube, daß die These von Zivilisation und Syphilisation heute abgelehnt werden muß. Nach wie vor wissen wir auch heute noch nicht, wer Neurolues bekommt, und wer dann Lues cerebrospinalis und wer Metalues

bekommt. Auch heute ist es noch unentschieden, ob im Moment der Infektion schon feststeht, ob der Infizierte an Neurolues und an welcher Form erkrankt oder ob spätere Einflüsse dies bestimmen. Nach meinen sich über 45 Jahre erstreckenden Erfahrungen kommt eben alles vor: Nach intensiver Behandlung und ohne Behandlung kann das Individuum an irgendeiner Form der Neurolues erkranken. Man neigt heute, und wie ich glaube mit Recht, dazu, daß man nicht von der Form und Art der Spirochäte das spätere Schicksal abhängen läßt, sondern von der Konstitution des Infizierten, d. h. es kommt nicht auf den Charakter und die Art der Spirochäte an, sondern auf den Boden, auf den sie trifft. Es ist dasselbe, was *Ricord* schon vor mehr als 80 Jahren gesagt hat: chacun fait sa virole. Was aber die Konstitution ist, das wissen wir heute noch nicht, auch wenn wir von Immunitätsverhältnissen, Abwehrfähigkeit usw. sprechen, dem Kind also nur einen anderen Namen geben.

7. Was die Therapie betrifft, so ist m. E. heute mit Recht gesagt worden und m. W. zum ersten Male auf einem Kongreß klar ausgesprochen worden, daß die spezifische antisyphilitische Therapie für die Metalues nichts bedeutet. Wenn man, wie ich, seit 45 Jahren jeden Kranken nach Syphilisinfektion fragt, so ist man erstaunt, wie oft man auf Fälle trifft, in denen eine syphilitische Infektion nur sehr kurz oder gar nicht behandelt worden ist, und in denen das Individuum frei von Syphilis geblieben ist, in denen die Ehehälfte und auch die Kinder nichts von Syphilis bekommen haben. Diese Erfahrung, an der nicht zu rütteln ist, beweist, daß die spontane Heilung der Syphilis viel häufiger ist als man im allgemeinen annimmt. Mein alter Lehrer *Engel-Reimers* pflegte zu sagen: »Wer Syphilis bekommen will, soll erstens für gesunde Eltern sorgen und zweitens sie in jungen Jahren erwerben, dann heilt sie, wenn nicht zu viel behandelt wird, aus«. Das stimmt überein mit den Erfahrungen, die vor etwa 8 Jahren der überaus erfahrene Berliner Syphilidologe *Buschke* gemacht hat, der vor intensiver Behandlung der Infektion warnt und erklärt, daß die heute geltenden Richtlinien der Syphilidologen nur zu oft enttäuschen. Wenn *Fordeyce* in New-York sagte: rechtzeitige intensive Behandlung ist mit Sicherheit imstande, spätere Erkrankungen zu verhindern, und wenn dasselbe vor einem Jahre *Carrera* in Buenos Aires sagte, so ist das nur so zu erklären, daß die Syphilidologen die Kranken nicht lange genug im Auge behalten. Tatsache ist, daß seit der intensiven Behandlung der primären und sekundären Lues die Aortitis in den letzten 20 Jahren sich verdreifacht hat, wie Arbeiten von *Gürich, Lesser, Jungmann, Lange* erweisen. *Buschke* sagte m. E. mit Recht, daß intensive Behandlung die Abwehrmittel schwächen kann und daß es unsere Aufgabe sein soll, die minimalsten Mengen von antisyphilitischen Mitteln zu finden, die die Spirochäten lähmen und die Abwehrkräfte erhalten. Die Erfahrung an großem Material lehrt, daß es Fälle gibt, die klinisch ausheilen, bei denen der Liquor saniert wird und saniert bleibt, daß es zweitens Fälle gibt, die klinisch ausheilen, bei denen der Liquor saniert wird und rezidiviert, drittens bei denen die klinischen Symptome ausheilen und der Liquor nicht saniert wird, viertens Fälle, bei denen die klinischen Symptome ausheilen, der Liquor krank bleibt, aber nach Jahr und Tag spontan sich saniert. Es ist noch die Frage zu beantworten, ob Lymphocytose im Liquor ein günstiges Symptom darstellt, wenn man sie auffaßt als »Roseola der Meningen«, wie die Haut-Exantheme bzw. die Roseola als Abwehrfunktion des Körpers aufgefaßt wer-

den. *Pette* hat darauf hingewiesen, daß man nicht oder kaum Fälle von Tabes sieht, in deren Anamnese das klinische Bild einer Meningitis vorkam. Der alterfahrene *Oppenheim* erklärte mir noch 6 Monate vor seinem Tode, daß nach seiner Erfahrung der Tabiker am besten dran ist, der möglichst indifferent behandelt werde, und ich kenne hunderte von Tabikern seit 10, 20 Jahren und länger, die bei ganz milder Behandlung (einmal im Jahre 2—3 Jahre hintereinander eine Schmierkur) unter roborierendem régime stationär blieben. Ich kenne auf der anderen Seite Tabiker, die bei intensiver und immer wiederholter antisyphilitischer Behandlung unaufhaltsam progredient wurden.

Ich weiß, daß meine Ausführungen die allgemeine Zustimmung nicht finden werden, ich weiß aber, daß bei persönlicher Unterhaltung viele überaus erfahrene Praktiker mir ihre Zustimmung ausgesprochen haben.

Fahreddin Kerim-Istanbul: Paralysefrage ist für uns sehr wichtig. Namentlich möchte ich auf einen Punkt eine Bemerkung machen: wie bekannt und auch der hochverehrte Herr Professor *Nonne* gesagt hat, behauptete *Kraepelin* nach den Angaben von *Dühring, Müller* und *Mengeri,* daß die progressive Paralyse in der Türkei nicht verbreitet sei und daß besonders die türkischen Frauen nie an dieser Krankheit gelitten haben. Es ist möglich, daß zu jener Zeit die progressive Paralyse in der Türkei noch nicht so vorgeschritten war; dann kannten die meisten Forscher die Landessprache nicht und die türkischen Frauen lebten zu der Zeit sehr zurückgezogen. Dagegen gab Professor *Rosit Fahrin* (1916) an, daß die p. P. in der Türkei 7% wäre. Von mir wurde 1926—1928 sowie auch von Prof. *M. Osman* (1917) die Vermehrung dieser Krankheit festgestellt. Bei dem Studium der Statistiken der großen Bakirkoy-Anstalt ist das Verhältnis der p. P. auf 11% gestiegen. Wenn wir die alten Jahrgänge (vor 1908) studieren wollen, dann sehen wir, daß die unter dem Namen Manie congestive bezeichnete Krankheit, welche tödlich endete, mit größter Wahrscheinlichkeit nichts anderes als p. P. ist. Worin liegt der Grund der Zunahme der p. P. bei uns? Wenn wir die p. P. vom ätiologischen Standpunkt aus betrachten, so sehen wir, daß der Grund der Vermehrung noch nicht bekannt ist.

Vielleicht spielte der Weltkrieg, der die ganze Menschheit nachteilig beeinflußte und das Leben so sehr verwickelte, eine große Rolle bei ihrer Zunahme. Ein großer Teil der Paralytiker weiß überhaupt nichts von einer Erkrankung und blieb so unbehandelt. Wir stellen fest, daß manche Paralytiker, die in ihrer Anamnese keine Syphilis angeben konnten, während des Krieges nach ihrer Angabe an Krätze erkrankten; wir glauben, daß diese Hauterscheinungen die Symptome der zweiten Periode darstellen. Tatsächlich begegneten mir in den letzten Jahren manche Fälle mit einer Inkubationszeit von 3—5 Jahren.

Zugleich möchte ich die Bemerkung machen, daß die Lues nervosa-Frage noch nicht gelöst ist. Voriges Jahr habe ich eine Konjugal-p. P. veröffentlicht (D. N. P. Nachricht). Dort war Mann und Frau p. P., die Frau war vom Mann angesteckt.

Weygandt-Hamburg: Der Todesstoß gegen die Theorie des neutropen Virus wird gewiß allgemein anerkannt; um diese Theorie ad absurdum zu führen, müßte man logischerweise auch einen paralysitropen, einen tabitropen, einen arteriotropen usw. Virus verlangen. *Meggendorfers* sorgfältige Untersuchungen der Bedeutung einer unter Umständen erblichen persönlichen Konstitution und Prädisposition für die Entwicklung der Lues nervosa bestätigt

gewiß die Eindrücke, die manche Beobachter schon erfahren hatten. Aber außer einem solchen individuellen endogenen Faktor kommen doch auch exogene Faktoren in Betracht; so legte *Kraepelin* Wert auf eine Statistik aus Bosnien, wo viel Lues vorkommt, aber nur die alkoholtrinkenden Christen, nicht die abstinenten Islam-Anhänger an Neurolues erkrankten. Beachtlich sind auch die Hinweise von *W. Gärtner* und anderen, daß auf die Quecksilbersalzbehandlung der Lues hin eine Vermehrung der Neurolues erfolgt sei, also auf iatrogenem Weg, während die mehrfach geäußerte Ansicht, daß das Salvarsan ähnlich wirke, keine Bestätigung fand.

Unter den schwer zu beurteilenden Spätluesformen sind noch 2 loci minoris cognationis. Das eine ist die luische Endarteriitis der kleineren Hirngefäße, die *Nißl* schon 1903 histologisch erörtert hatte, während *Alzheimer* 1911 betonte, daß dabei die Luesreaktionen in Blut und Liquor weitgehend zurücktreten. Es kommt mehrfach zu der von *Kolle* besonders bearbeiteten Lues latens. *Jacob* beschrieb 13 Fälle dieser Lues der kleineren Hirngefäße mit zum Teil ganz negativen Reaktionen. Auch *Kraepelin* und *Bostroem* wiesen auf solche Fälle hin. Die neurologischen Symptome sind dabei schwach, aber psychologisch tritt allmählich eine Schwächung, insbesondere eine Umwandlung des Charakters hervor in dem Sinne einer langsam zunehmenden Interessenlosigkeit, Gleichgültigkeit, Vergeßlichkeit, mißmutiger Stimmung bis zum völligen Versagen.

Ebenso schwer zu beurteilen ist die Tabespsychose, deren Begriff von *Bostroem, Hauptmann, Schaffer* abgelehnt wurde. *Kühn* wies auf Charakterveränderung hin. Außer zu Euphorie kommt es mehrfach zu ernsteren psychischen Symptomen, wie Gedächtnis- und Urteilsschwäche, Ermüdbarkeit, Unruhe, Triebhaftigkeit, vereinzelt zu Sinnestäuschungen. Manchmal beobachtete ich auch Neigung zu phantastischen Ideen und deren Betätigung. *v. Rad* fand unter 250 Tabikern 25 psychisch verändert, davon 4 halluzinatorisch-paranoid. *Spielmeyer, E. Meyer* und *Kraepelin* beschrieben solche Fälle; letzterer betonte noch 1926, daß es bei vorgeschrittener Tabes leicht zu psychischen Veränderungen komme; auffallend ist, daß von seinen 9 Fällen von Tabespsychose 3 an Opticusatrophie litten, eine rätselhafte Kombination, die mir auch vorkam, so in folgenden Fällen:

Ein Privatingenieur mit Tabes und Opticusatrophie bemühte sich um eine staatliche Stellung als Repräsentant bei Verhandlungen mit Vertretern auswärtiger Großfirmen, zu technischen Dienstreisen u. dgl.

Ein Tabiker mit Opticusatrophie verdiente im Kriege durch Kohlenhandel Millionen, ließ sich ein Schloß bauen, das er, trotz Blindheit, mit vielen Gemälden ausstattete, übernahm ein Rittergut, auf dem er rationelle Milchwirtschaft betreiben wollte, dann eine Flotte von 12 Fischdampfern, und äußerte, obwohl geschäftlich ruiniert, noch expansive Ideen über neuartige Finanzierung Deutschlands.

Die schwierigen Punkte der Tabespsychosen müssen noch kasuistisch und möglichst auch histologisch eingehend studiert werden.

Zu *Kihns* sehr weitgreifenden Ideen einer Luesprophylaxe möchte ich bemerken, daß gewiß noch vieles geschehen kann. So könnte, wenn nun einmal leider noch Bordelle zugelassen sind, sehr wohl die behördliche hygienische Überwachung, die bei Untersuchung jeder Puella etwa alle 8—14 Tage völlig unzureichend ist, viel intensiver gestaltet werden, indem die Insassinnen nach jedem Geschlechtsakt durch einen Heildiener einer gründlichen Desinfek-

tion unterzogen werden. Wenn solche Betrachtungen auch nicht speziell psychiatrisch-neurologisch sind, so sollten wir doch auch von unserem Standpunkt darauf hinwirken, daß neben dem so bedeutsamen Kampf gegen die Erbkrankheiten auch die Vorbeugung gegen Alkohol, Rauschgifte und Syphilis noch energischer betrieben werde.

Armin Müller-Weimar: Für die seit langem erörterte Frage, ob die li. Hemisphäre als physiologisch dominante vom paralyt. Prozeß stärker befallen werde, ergeben sich neuerdings Erfahrungen, die für eine bejahende Antwort zu sprechen scheinen. Schon *Ilberg* fand bei seinen Wägungen 45mal ein Übergewicht re., nur 32mal ein solches li. (*I.* ist bei seiner Verwertung der Zahlenergebnisse eine Vertauschung von re. und li. unterlaufen!, s. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1903, Bd. 60, S. 330). Noch entschiedener sprechen die encephalographischen Befunde für eine stärkere Atrophie der li. Seite zugunsten re.: *Bingel, Ginsberg* (unter Berücksichtigung der kontralateralen Reflexverstärkung), *Pönitz, de Costa Pimentel* (17 Fälle, fast immer li. stärkere Ausprägung). *Guttmann* und *Kirschbaum* fanden unter 42 Fällen 35mal den li. Ventrikel stärker vergrößert als re., 7mal das umgekehrte Verhalten, worunter ein typ. familiär. Linkshänder und ein Ambidexter. Alle Autoren heben die Stärke der Seitendifferenz hervor, die die physiologische Breite überschreite. — Nur eine eingehende Berücksichtigung des Rechts-Links-Problems gestattet eine endgültige Stellungnahme.

Hartwich-Gütersloh: Aus klinischen, therapeutischen und erbbiologischen Gründen ist es notwendig, diese kurze Bemerkung zu den Berichten der Herren *Demme* und *Meggendorfer* zu bringen. — Wir haben in Gütersloh den klinisch-serologischen Arbeitsteil seit September 1934 eingeführt, es wird außer allen Aufnahmen der gesamte Krankenbestand (1400) serologisch durchuntersucht. Das war bisher nie geschehen. Da haben wir bis jetzt bei annähernd 700 Fällen 7 gefunden, bei denen Blut in WaR. und Meinicke negativ, während der Liquor mit beiden Reaktionen klar und eindeutig mehr oder minder bei den verschiedenen Fällen positiv war. Die Begleitreaktionen liefen entsprechend. — Der Bericht über die Gesamtarbeit wird später erscheinen.

Heute gebe ich diese Mitteilung deswegen, um die Anstalten ganz besonders auf die unerläßliche Notwendigkeit der serologischen Totalerfassung der Fälle hinzuweisen, ebenso wie das gesamte Obduktionsmaterial erfaßt werden muß. Wir werden schon im Volksinteresse uns bei diesen bisher unerkannten Luesfällen nicht auf die Behandlung der Kranken beschränken, sondern auch die Familien über die Gesundheitsämter erfassen und kontrollieren im Sinne der *Meggendorfer*schen Ausführungen.

Fünfgeld-Frankfurt: fragt an, ob Herr *Demme* größeres Material von Liquorbefunden solcher Paralytiker untersuchen konnte, die nach der Malariakur einen Zustand progredienten psychischen Siechtums bieten. Die Früherkennung solcher bösartig verlaufenden Fälle ist hinsichtlich der Prognose wichtig.

Rüdin-München:

Vortrag *Ostertag*-Berlin: Die Bedeutung einer sozialen Pathologie für die erbbiologische Bestandsaufnahme.

Schon in der gestrigen Mitteilung über die Bewertung angeborener Miß- und Fehlbildungen konnten wir die Notwendigkeit des Einsatzes hin-

reichend geschulter Fachpathologen für wichtige Fragen, die die Gesunderhaltung unseres Volkskörpers betreffen, betonen. Den Widerhall, den meine Ausführungen über die »Positiven Ziele einer sozialen Pathologie, ihre Auswirkung auf Volksgesundheit und öffentliche Lasten« gefunden haben, gibt mir den Mut, in ihrem Kreise die Frage nach der Einrichtung von Bezirksprosekturen zu erörtern, die dazu berufen sein sollen, neben ihren anderen öffentlichen Aufgaben der erbbiologischen Bestandsaufnahme gesicherte Grundlagen zu schaffen.

Ich darf in einem Kreise von Neurologen und Psychiatern auf volles Verständnis rechnen, beweist doch die Sektions-Statistik, daß gerade die psychiatrischen Anstalten und Kliniken das größte Gewicht auf die Durchführung von Sektionen, nur meist leider beschränkt auf die Herausnahme des sie besonders interessierenden Gehirns, legen, und verdanken wir doch in wissenschaftlicher Hinsicht wertvollste Erkenntnis denjenigen Kollegen an den Anstalten, die neben ihrer tages- und wissenschaftlichen Verwaltungsarbeit, ihre Freizeit der Erforschung pathologischer Veränderungen des Nervensystems mit Erfolg gewidmet haben. Aber gerade diese werden sich der Unvollständigkeit ihrer Arbeit im vollen Umfange bewußt geworden sein, haben es mehr oder minder oft zum Ausdruck gebracht, daß ihnen nur ein beschränktes, einseitiges Untersuchungsgut anfällt, und daß ihnen die Vorbildung in der allgemeinen Pathologie auch zur Beurteilung der Veränderung an den Körperorganen fehlt.

Es sei deshalb vorweggenommen, daß selbst bei Einrichtung derartiger Bezirksprosekturen, die bevölkerungspolitisch zusammengehörige Gebiete, unabhängig von den durch Verwaltungskompetenzen geschaffenen Grenzen, zu versehen haben, den Forschern an den Anstalten nichts genommen werden darf, sondern ihre Arbeit durch die Tätigkeit eines derartigen Bezirkspathologen nur abgerundet und fruchtbildender gestaltet werden muß. Nur dadurch werden ihre Ergebnisse der Allgemeinheit nutzbar gemacht werden können.

Was an der Frage einer sozialen Pathologie in dem Kreise, von dem ich hier sprechen darf, besonders interessiert, ist in folgende Punkte gegliedert:

Was kann eine soziale Pathologie ganz allgemein leisten?,

Welche speziellen Aufgaben fallen dem Bezirkspathologen im Rahmen der allgemeinen Aufgaben zu?

Wie machen wir die Ergebnisse dem allgemeinen Wohl nutzbar?

Eine Frage ist die der Persönlichkeiten, die mit der Durchführung dieser Arbeiten betraut werden können und nicht zum letzten mit dieser Frage eng verbunden sind die Möglichkeiten der Forschung und des wissenschaftlichen Forschers, eine Frage, die uns heute außerordentlich bewegt, wo wir sehen müssen, daß nach dem Tode *Spielmeyers* unsere deutsche, führende Neuropathologie ohne Führer verwaist ist, und zwar aus dem einen einzigen Grunde, weil es bisher nicht möglich war, jungen Forschernachwuchs zu gewinnen, der sich dieser besonderen Fachausbildung mit Aussicht auf eine Lebensstellung unterziehen konnte. Die deutsche Wissenschaft in allen ihren theoretischen Fächern, besonders aber die Neuropathologie bedarf eines zahlenmäßig und qualitativ tüchtigen Nachwuchses, den wir aber nur dann gewinnen können, wenn dem jungen Forscher eine wissenschaftlich und materielle selbständige Lebensstellung gewährt wird. Keiner von ihnen, besonders der aktive Neurologe und der Neurochirurg,

wird den Fortschritt unserer Neuropathologie missen wollen, hat ihm doch diese Wissenschaft geholfen, manchen der ihm anvertrauten Patienten zu retten und die Diagnostik erleichtert. Eine hinreichend substituierte Bestandsaufnahme des Deutschen Volkes ist unter den heute vordringlichen Aufgaben des Psychiaters in vielen Fällen nur nach Klärung des pathologisch-anatomischen Substrates möglich. Eine in weitesten Kreisen noch vor nicht zu langer Zeit ungeahnte Fülle von Problemen ist seit der Verkündung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aufgetaucht, Probleme, die nur auf hohem wissenschaftlichen Niveau gelöst werden können. Daß die Frage der Vornahme von Sektionen erhebliche Schwierigkeiten macht, habe ich bisher auch in meiner 8 jährigen Bucher Tätigkeit nie empfunden, vielmehr gelang es durch entsprechende Aufklärung die Angehörigen zu veranlassen, schon um vorzeitige Sektion zu bitten.

Wie aber wird zunächst der Weg geebnet, um die Tätigkeit des pathologischen Anatomen wirklich der Allgemeinheit nutzbar zu machen. Seit einiger Zeit sind wir dazu gelangt, daß an den Berliner Krankenanstalten bei jedem Todesfall eine pathologisch-anatomische Diagnose auch an die Behörde herausgegeben wird, von der zunächst allerdings nur, abgesehen von den Krankenhaus-Ärzten, das Statistische Amt offiziell Kenntnis erhält. Fühlt sich der Pathologe nicht als Arzt und selbstverantwortlich, so zieht niemand die Konsequenzen aus seiner Arbeit und sie bleibt so für die Gesamtheit ungenutzt. An anderer Stelle (Med. Welt 1934 Nr. 7 Positive Ziele einer sozial. Path.) haben wir eine Anzahl von Beispielen zusammengestellt, die trotz ihrer geringen Zahl eindeutig genug beweisen, daß wir auf keine Obduktionen als angeblich uninteressant verzichten können —, ist doch zudem die Obduktion ein ungleich geringerer Eingriff als etwa eine Sterilisation. Ganz allgemein erinnere ich daran, wieviele Alterstuberkulosen erst durch eine Obduktion geklärt werden, wo die Familie auf engem Wohnraum zusammenlebt und die übrigen Angehörigen, besonders die Kinder gefährdet sind. Ich erinnere in diesem Kreise daran, wie häufig die Fälle von »Herzschlag« sind, die sich als eine Mesaortitis auf dem Sektionstisch herausstellen, und bei denen sich anläßlich der Familienuntersuchung konjugale Infektion und Erkrankung der Nachkommenschaft finden läßt. Man bedenke allein, welche Lasten vermieden werden können, wenn das z. B. gerade noch klinisch gesunde Kind vor der klinischen Manifestation der Lues bewahrt bleiben kann und anstatt als körperlicher oder geistiger Krüppel der Fürsorge anheimzufallen, arbeitsfähig wird und bleibt. Nur ist es heute leider so, daß von den in Frage kommenden Stellen noch niemand verpflichtet ist, die Arbeit des Pathologen seinem Aufgabenkreis nutzbar zu machen.

Ein grundsätzlicher Wandel wird erst dann eintreten können, wenn der Pathologe seine Tätigkeit nicht mehr quasi geduldet ausführen muß, sondern als von Staats wegen mit der Vornahme der Sektion beauftragt gilt.

Voraussetzung dafür ist natürlich, daß als Pathologen niemals Ärzte in Frage kommen dürfen, die nicht in allererster Linie Arzt sind, und deren Versenken in ein theoretisches Fach lediglich eine Flucht vor der Verantwortung ärztlichen Handelns zugrunde liegt. Anläßlich meiner Studien über Alterserkrankungen darf es heute nicht gleichgültig sein, etwa nicht zu wissen, weshalb der eine früher schneller altert als der andere, weshalb in ganzen Sippen verschiedene Organe eher altern als andere —.

Ich habe anläßlich dieser Untersuchungen mit einem bekannten Fach-

genossen gesprochen, der mir stolz erklärte, auch er habe sich mit der Frage des Altern befaßt. Die Tatsache stimmt, aber wie —. Wenn für den sich der Gesamtheit gegenüber verantwortlich fühlenden Arzt und Pathologen die Untersuchungen des Alterns eine wichtige soziale Frage darstellt, so war das für den oben zitierten Fachgelehrten lediglich eine Angelegenheit der Statistik. Das, was sich jedem Arzte aufdrängen muß, nämlich die Sprache dieser Zahlen, das verstand dieser Gelehrte nicht und sah natürlich auch nicht in den Verstorbenen, die ihm seine Organ-Statistik eingeliefert hatten, den toten Mitmenschen, dessen Nachkommenschaft heute unter uns lebt.

Das, was wir als selbstverständliche soziale Einstellung vom Pathologen fordern müssen, kann nicht erlernt werden. Es wird auch in anderen Zweigen der Medizin immer Handwerker und Ärzte geben. Hüten wir uns aber davor, daß unsere Fragestellungen etwa solchen Medizinern in die Hände fallen, die die Aufgabe des deutschen Arztes nicht verstehen können, aber sich mit den Dingen beschäftigen müssen, bloß weil die Erbbiologie heute modern ist.

Verlangen wir also schon für die Großstadt-Prosekturen, die heute bereits bestehen, eine besondere Einstellung ihres Leiters, um wieviel mehr ist dies der Fall für die neu zu gründenden Bezirksprosekturen, die, wie eingangs gesagt, bevölkerungspolitisch zusammengehörige Bezirke pathologisch-anatomisch zu versorgen haben. Ihr Aufgabenkreis wird sich gerade mit Rücksicht auf das Ziel, exakte Unterlagen für die erbbiologische Bestandsaufnahme zu schaffen, am besten mit dem Bereich eines oder zweier Erbgesundheitsgerichte zu decken haben. Ich brauche vor diesem Kreis nicht die Bedeutung vererbbarer Nerven- und Geisteskrankheiten zu besprechen, wohl aber muß ich nachdrücklichst darauf hinweisen, daß viele unter denjenigen Krankheiten, die schließlich zur Unterbringung des einen oder anderen Familienangehörigen in psychiatrische Kliniken führen, eben nicht nur Krankheiten sind, die sich auf das Zentralnervensystem als solches beschränken, sondern die mehr oder minder auch mit Fehlleistungen des Körperstoffwechsels oder mit Miß- und Fehlbildungen anderer innerer Organe gekoppelt sind. Erscheinungen, die an und für sich nicht klinisch in Erscheinung zu treten brauchen. Bei anderen Familienangehörigen treten z. B. jedoch diese körperlichen Erscheinungen weitaus mehr in den Vordergrund und bedingen die Aufnahme in somatische Krankenhäuser oder Siechenanstalten.

Leider bin ich mit einer kritischen Sichtung aufschlußreichen Untersuchungsgutes noch nicht soweit, um Ihnen aus meiner früheren Tätigkeit als Leiter des Pathologischen Instituts der gesamten Bucher Krankenanstalten, Irrenanstalt, Kinderheilanstalt und chronischen Krankenabteilungen, alle die Beobachtungen vor Augen führen zu können, wo ein Teil der Familienangehörigen mit ihren Psychosen in psychiatrischen Anstalten lag, während andere Angehörige einem mehr oder minder frühzeitigen Siechtum erlagen.

Ein Beispiel darf ich aber doch anführen, nämlich Beobachtungen an Lindauscher Krankheit. Wir wissen, daß diese Erkrankung am Zentralnervensystem sich in der angiomatösen Kleinhirncyste nebst der angiomatosis retinae äußert, oft gekoppelt mit den Cystenbildungen in anderen Körperorganen. Cystenbildungen in Leber und Nieren gelten dem Pathologen auf dem Sektionstisch als wohlbekannte, häufig anzutreffende Entwicklungs-

störung. Wer aber dachte bisher viel daran, in solchen Fällen, wo sich seitens des Nervensystems keinerlei Erscheinungen zeigten, Gehirn und Auge zu untersuchen, und doch fanden wir schon in solchen Fällen, die noch nicht zur Entwicklung und Auswirkung gelangte kleine Cysten im Kleinhirn, mit typisch angiomatösen Knoten, und konnten damit den Träger dieser Veränderungen, als Träger dieser Lindauschen Erbkrankheit feststellen.

Wollen wir als Pathologen die erbbiologische Bestandsaufnahme des Volkes stützen, so können wir das nur in Stellungen tun, die sich auch sonst »rentieren«, zu diesem Zweck begegnen sich die Bedürfnisse der täglichen Krankenhausbehandlung mit denen unserer erbbiologischen Fragestellung, wenn nämlich der Bezirkspathologe in seinem Bezirk nicht nur für die Heil- und Pflegeanstalten, sondern auch für die kleinen Krankenhäuser mit eingesetzt wird, kann er auch an diesen die tägliche Arbeit verrichten, die wir z. B. allein für die Frühdiagnose der Gewächserkrankungen überhaupt verlangen müssen. Liegt doch gerade an den kleineren Krankenhäusern die histologische Untersuchung des Operationsmaterials, wie die Obduktionstätigkeit selbst noch vielfach im Argen. Wieviel Zeit, Geld und Belastung aller möglichen öffentlichen und privaten Dienststellen kann vermieden werden, wenn ein Bezirkspathologe auch in Großstadt-fernen Bezirken vorhanden wäre, der allein die versicherungs- und versorgungsrechtlich so wichtigen Obduktionen durchführt. An anderer Stelle werden wir begründen, daß auch die Versorgungsgerichte von sich aus in die Lage versetzt werden müssen, die Sektion selbst gegen den Willen der Angehörigen ohne weiteres anzuordnen, die nach Einrichtung der Bezirksprosekturen auch ein Fachpathologe durchführen muß.

Dann kann, was heutzutage ja keine Schwierigkeiten mehr bedeutet, der Durchschlag des Sektionsbefundes den Erbgesundheitsgerichten zugeleitet werden. Natürlich ist es eine Arbeit auf lange Sicht, aber schließlich läßt sich das ganze bevölkerungspolitische Problem nicht von heut auf morgen endgültig lösen.

Wir dürfen auf kein Mittel verzichten, das geeignet ist, die Lösung dieses Problems wissenschaftlich zu stützen und zu beschleunigen, und dazu gehört die Einbeziehung entsprechend vorgebildeter Pathologen, die diesen Aufgaben gewachsen sind.

Speziell zu Ihnen darf es noch einmal zum Ausdruck gebracht werden, daß bei dem großen Anteil von Erkrankungen des Zentralorgans an den Erbkrankheiten auch die Neuropathologie einer besonderen Pflege bedarf. Die Unterstützung gerade dieses Kreises erbitte ich deshalb, weil viele von ihnen den Aufstieg der deutschen pathologischen Anatomie und Histopathologie des Zentralorgans ja mit erlebt haben und wissen, zu welcher Blüte sie gelangt ist.

Mit Schaffung der Stellen von Bezirksprosektoren können wir geeigneten Nachwuchs für unsere wissenschaftlichen Fragen schaffen und bekommen ein Reservoire, aus denen die besten als Forscher und Lehrer herausgegriffen werden können. Daß bei der hohen sozialen Verantwortung, die auf den Pathologen, der in unserem Sinne wirken soll, lastet, nur ausgezeichnete Männer in diese Stellen kommen dürfen, ist selbstverständlich, und wir werden bei der Entwicklung, die die Medizin heute erfreulicher Weise nimmt, wohl hoffentlich auch bald die Frage anschneiden dürfen, ob nicht auch als Lehrer unseres ärztlichen Nachwuchses gerade solche Männer sehr viel ge-

eigneter sind, die diesen hohen Aufgaben an selbständiger Stelle sich vollgewachsen gezeigt haben, und die ihre Mitarbeit an der Gesundung des Volkes durch Tat und Leistung unter Beweis stellen konnten, — als solche Theoretiker, die aus den Laboratorien der Universitätsinstitute nie herausgekommen sind.

Wichtig ist das Ziel, auf hoher wissenschaftlicher Warte zu wirken, an dem, was uns fern von individualistischem Forschungsinteresse das Höchste sein muß: Auch als Theoretiker ... ärztlicher Verantwortung für die Gesundung des Volkes verpflichtet zu sein.

Aussprache: *Schröder*-Leipzig:

Schlußwort *Ostertag:*

4. Bericht: *Bürger-Printz*-Leipzig: Der Beginn der Erbkrankheiten.

Das Thema des mir aufgetragenen Referates: »Der Beginn der Erbpsychosen« ist mehrdeutig. Es kann eine Aufzeigung der klinischen Symptome und Syndrome bedeuten, unter denen die Erbpsychosen sich melden, wobei unter Erbpsychosen das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenie zu verstehen sind. Die Symptome also, mit denen die einzelnen Krankheitsphasen und Schübe beginnen, würden zu beschreiben sein. Dem Thema nach kann auch das Hauptgewicht gelegt werden nicht nur auf die Anfänge der Krankheitszeiten überhaupt, sondern auf den Beginn der ersten Ausbrüche. Die Symptomatik des ersten Schubes, der ersten Verstimmungsphase die im Lebenslauf eines Patienten auftritt, wäre demnach dann zu erörtern und darzustellen. Diese Überlegung leitet über zu der dritten Möglichkeit, das Thema zu behandeln, die ich ergriffen habe. Es kann untersucht werden die klinische Symptomatik des Beginns der Erbpsychosen in möglichst frühem Lebensalter. So früh wie möglich müßte der Beginn liegen aber doch natürlich zu einer Zeit, in der Krankheiten wie das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenie diagnostizierbar wären.

Mit der Wahl nach der Möglichkeit der Diagnose tritt man an eine ernste Schwierigkeit heran. Die Untersuchung endogener Psychosen im Sinne des Themas wird mit Krankheitsbegriffen arbeiten müssen, die beim Erwachsenen gewonnen worden sind. Die diagnostischen Prinzipien und Voraussetzungen, die beim Erwachsenen für die Diagnose Schizophrenie und manisch-depressives Irresein gelten, werden demnach auch für Kinder und Halbwüchsige, mit denen sich die Untersuchung beschäftigt, bindend sein müssen. Das ist unumgänglich, obwohl wir nicht wissen können und auch noch nicht wissen, ob die endogenen Psychosen nicht bei Kindern auch ganz andere Erscheinungsformen haben. Trotzdem man also zunächst damit, daß Begriffe aus der Krankheitswelt des Erwachsenen gebraucht werden, die Möglichkeit aus der Hand zu geben scheint, die Erscheinungsformen endogener Psychosen bei Kindern in einer Weise zu untersuchen, die nur die Krankheitswelt des Kindes im Auge hat, so ist dieser Weg doch der einzig sichere und zuverlässige. Wenn man feste Begriffe an die Krankheitsformen des Kindes mit der nötigen Kritik heranträgt, werden auch Unterschiede gegenüber dem Erwachsenen klar aufleuchten. Ein strenges Ausrichten nach den wesentlichsten diagnostischen Prinzipien wird auch verhüten, von vorneherein alles, was nun beim Kinde psychotisch wirkt, in die zwei Formkreise problemlos verschwinden zu lassen. Die Literatur über die Dementia präcoxissima zeigt, das hiergegen viel gesündigt worden ist. Ehe

man noch eine klare Anschauung von den bei Kindern möglichen psychischen Veränderungen hatte, sind bei Kindern schon weit vor dem Schulalter die beiden Psychosen diagnostiziert worden. Vor allem ist der Begriff der Dementia präcox bemüht worden, Unverständliches und Merkwürdiges zu definieren, ohne es darum aber im Einblick auf die klinische Systematik auch nur im entferntesten besser einsichtig zu machen. Die Forschung ist es dem großen Systematiker *Kraepelin* schuldig, die von ihm geschaffenen Begriffe trotzdem und gerade weil sie viel Kampf und Streit ausgehalten haben, in einer klaren Form zu gebrauchen und niemand hat wohl mehr alle Möglichkeiten psychotischer Formen zu überblicken sich bemüht, ehe er sie einzelnen Systemgruppen zuwies, wie gerade *Kraepelin*. Die von ihm für die Psychosen der Erwachsenen geleistete Arbeit ist für den Bereich der Kinder und Jugendlichen noch zu tun. Restlose Klärung kann daher von meinem Referat nicht erwartet werden. Vorläufig gilt es auch die Ziele nicht allzu hoch zu stecken. Wenn man über ein großes Kindermaterial verfügt, das eingehend nach allen zu Gebote stehenden Mitteln und Möglichkeiten vor allem charakterologisch durchgearbeitet und beobachtet ist, so wird man vorsichtig und nimmt nicht von vorneherein seine Zuflucht zu einem allzu einfachen diagnostischen Schema. Gerade weil klinische Begriffe streng verwertet werden, ist man auf der Hut davor, alles ohne tiefere Erforschung der inneren Zusammenhänge in einfachen Schemen untergehen zu lassen. Damit ergibt sich von selbst ein Ausleseprozeß des Materials, der um so sicherer aber die Fälle herauslesen läßt, für die sinnvoll die Begriffe Schizophrenie und manisch-depressives Irresein Verwendung finden können. Erst die Zukunft wird lehren, ob mit Recht. Es muß auch der zukünftigen Forschung überlassen bleiben, bei späteren Nachuntersuchungen herauszuarbeiten, inwieweit an den nicht in das diagnostische Schema eingereihten Fällen Recht oder Unrecht geübt wurde. Es hätte auch die Möglichkeit bestanden, von Krankheitsgeschichten der Erwachsenen ausgehend diejenigen herauszusuchen, bei denen der Beginn der Psychose anamnestisch bis in die Kinderzeit zurückverlegt wurde. Dieser Weg erschien mir nicht gängig. Wir mißtrauen ihm auch, weil Beobachtung von Kindern viel Erfahrung und geschultes Auge, ein erzogenes Personal voraussetzt. Diese entscheidenden Faktoren sind aber früher im psychiatrischen Milieu nur wenig vertreten gewesen und sind auch heute noch selten. Ich habe auch für diesen Bericht darauf verzichtet, die Literatur heranzuziehen, bei der der Hauptwert zweifellos auf den deutschen Beiträgen zu dem Problem liegt. Vieles der ausländischen Arbeiten ist völlig unverwertbar, so wenn z. B. bei einem 18jährigen Kranken anamnestisch der Beginn der Wesensänderung ins 2. oder 3. Lebensjahr verlegt wird. Jeder, der Anamnesen bei Kindern aufnimmt, weiß, daß solche Angaben eine Unmöglichkeit sind. Ebenso unmöglich ist es, aus ein paar hundert Kindern in kürzester Zeit über 100 kindliche Schizophrenien, wie dies eine russische Arbeit tut, herauszulesen. Da stimmen einfach die Diagnosen nicht. Zudem handelt es sicht jetzt nicht um einen Literaturbericht (der soll an anderer Stelle erfolgen), sondern um eine einfache klinische Darstellung. Aus diesen Gründen habe ich mich für mein Referat an unser auf den von Prof. *Schröder* eingerichteten Kinderabteilungen verarbeitetes Material gehalten, weil dieses nicht nur charakterologisch sehr differenziert durchgearbeitet ist, sondern die Kinder auch nach allen nur möglichen Richtungen und Verhaltensweisen untersucht und beobachtet wurden.

Zweifellos muß die Forschung ihr Augenmerk mehr als bisher den Jugendlichen zuwenden. Die Ausführung des Gesetzes zur Unfruchtbarmachung Erbkranker läßt zwangsläufig den Gesichtspunkt in den Vordergrund treten, der eine gründliche Kenntnis der bei Jugendlichen möglichen Psychosen, Entwicklungen, Reaktionen usw. zur Voraussetzung hat, nämlich die Erfassung des Erbkranken vor der Fruchtbarkeitsperiode. Die letzten Arbeiten aus dem *Rüdin*schen Institut über die Fruchtbarkeit psychotischer Erwachsener haben gezeigt, wie wichtig es ist, die Diagnose schon vor der Periode zu sichern, in der Menschen im allgemeinen fruchtbar werden. Es stellt daher keinen Einwand dar, wenn man sich darauf zurückzieht, daß Psychosen im Sinne des Themas bei Kindern relativ selten wären. Diese Fälle sind darum aber auf der anderen Seite um so wichtiger, weil die Verfolgung des Gesetzes für diese Kranken eine sichere und totale Ausschaltung aus dem Fortpflanzungsprozeß bedeutet. Zudem ist die Kenntnis der endogenen Psychosen bei Kindern noch zu wenig psychiatrisches Allgemeingut. Sicher sind sie nicht allzu häufig, aber unserem Eindruck nach auch nicht so selten, wie es den in der Literatur geäußerten Meinungen nach scheinen könnte. Die Forschung kann sich jetzt auch mit freierem Blick den Jugendlichen zuwenden, nachdem charakterologische Schemen, die lange eine gründliche Kenntnis vor allem des Anlagemäßigen verhindert haben, wie z. B. das Adlersche, endgültig als unzulänglich vom Schauplatz abgetreten sind. Die so sehr betonten und wichtigen Prinzipien der Auslese in Erziehung, Erziehungsberatung, staatlich übernommener Erziehung usw. verlangen eine ausgedehnte Kenntnis derjenigen Jugendlichen, an deren Förderung und Unterstützung die Allgemeinheit ein Interesse haben kann, verlangen damit die Kenntnis unabänderlicher Anlagekomplexe, die einer sozialen Verwertbarkeit des Einzelfalles entgegenstehen und fordern hiermit zugleich die Maßnahmen für ihre Ausschaltung. So gewinnen Abteilungen, die sich zunächst nur charakterologischer Forschung und Erziehungsproblemen gewidmet hatten, zwangsläufig auch eugenische Bedeutung und erfahren damit eine Ausdehnung ihres Aufgabenkreises.

Bei dem zu unterbreitenden Material sind wir so vorgegangen, daß alle psychotischen Zustandsbilder ausgeschaltet wurden, für die sich eine organische Grundlage herausstellen ließ. Es hat vorläufig noch keinen Sinn, bei einem 7jährigen eine Dementia präcoxissima zu diagnostizieren, nur weil er sich eigenartig in nicht erfahrungsmäßig üblichem Sinn verändert, nachdem er vorher eine Enzephalitis durchgemacht hat. Alle Fälle, bei denen organisch begründbare Veränderungen eine Rolle spielen, haben wir daher genau so ausgeschaltet wie alle infektiösen Bilder. Nicht eingereiht haben wir auch endogene Verstimmungen, über die ich früher schon berichtete, alle psychischen Begleitsymptome der Migräne und auch alle hysterischen und reaktiven Zustände. Unter die reaktiven Zustände rechnen wir auch alle charakterlich oder aus dem Lebensgeschick ableitbaren Neurosen.

Unser Material umfaßt nur Kinder und Jugendliche, bei denen die auffälligen psychischen Erscheinungen bis zum abgeschlossenen 16. bzw. angefangenen 17. Lebensjahr aufgetreten sind. Diese Abgrenzung mag willkürlich erscheinen. Es lag uns aber daran, den Patienten noch im Beginn oder jedenfalls noch in der Pubertät zu fassen, bevor er als Erwachsener gelten kann. Natürlich gibt es eine verzögerte Pubertät über dieses Alter hinaus, aber damit wird das psychische Bild kompliziert und schwerer durchschaubar, so

daß wir diese Fälle ausschalteten. Alle Patienten sind uns genügend lange, zum Teil jahrelang bekannt. Wir teilen die Fälle wie folgt ein:

Solche, die als Krankheiten aus dem Formenkreis der Schizophrenie anzusprechen sind: 20 Fälle.

2. Solche, die in den Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins hineingehören: 20 Fälle.

3. Solche, bei denen es sich sicher um endogene Psychosen handelt, bei denen aber die Diagnose Schizophrenie oder manisch-depressives Irresein noch offensteht: 8 Fälle.

4. Solche, bei denen es sich nicht um Psychosen im Sinne endogen anlagemäßig bedingter Phasen oder schubweise verlaufender Persönlichkeitsveränderung handelt. Es liegt bei ihnen aber eine schicksalsmäßige insofern natürlich auch endogen und nicht reaktiv bedingte Durchgangsphase vor, die eine notwendige Entwicklungsphase im Lebenslauf des Einzelindividuums bedeutet. Diese Phase gehört aber sinnvoll in das Lebensganze hinein, wenn sie auch ein mehr oder minder schwer verständliches seelisches Erscheinungsbild zur Folge hat. Es darf sich also bei diesen Fällen nicht um Schübe oder Phasen handeln, die aus der biologischen Lebensleitlinie herausfallen. Damit haben wir es bei diesen Fällen mit präpuberalen oder puberalen Persönlichkeitsveränderungen zu tun, die trotz der abnormen Erscheinungsform notwendig in den Reifungsprozeß der Persönlichkeit hineingehören. Unser Material umfaßt hierfür ebenfalls 20 Fälle. Diese Patienten sind zweifellos diagnostisch die schwierigsten und stellen diejenigen dar, die nur mit viel Erfahrung und häufigen Nachuntersuchungen klärbar sind. Der Umfang der hier gemeinten Veränderungsmöglichkeiten, die Zustands- und Verlaufsbilder müssen aber gründlich gekannt sein, denn gerade bei ihnen entscheidet sich die Diagnostik und fällt dem Untersucher die ganze Last der Verantwortung für das Schicksal des Einzelnen und der Gemeinschaft auf die Schultern. Eine weitere Schwierigkeit ist die, daß man diese Entwicklungsveränderungen in ihrem Rahmen überdehnen kann und sich dann in eine uferlose Schilderung individueller Pubertätsentwicklungen verläuft. Natürlich muß man einmal enden bei dem Problem: individueller Charakter und diesem eigene Pubertät, aber die klinische Diagnostik verlangt größere Zusammenhänge, verlangt Typen und Formkreise, die als verbindlich gelten können und nicht nur eine Raritätensammlung sind. Diese 20 Fälle, die hier in Rede stehen, stellen daher auch kein Einzelschicksal dar, sondern sind unseres Erachtens nach typische Bilder, die in einem größeren Material immer wiederkehren. Sie können als Richtpunkte dienen und diagnostisch mit wünschenswerter Klarheit Verwendung finden. Wir teilen diese Fälle unter: in die hypomanische, die ängstlich-hypochondrische Pubertät, die pubertale Antriebsverarmung, die gesteigerte, die affektiv dekompensierte und die anankastische Pubertät. Die ängstlich-hypochondrische Pubertätsphase hat viel innere Beziehung und unmittelbare Übergänge in die asthenische und die hypochondrisch-depressive Entwicklungsphase. Diese Typen haben sich uns als Orientierungsmarken bewährt. Sie stehen mit dem vorphasisch gegebenen Charakter in viel innigerem Zusammenhange als die endogen-psychotischen Veränderungen, schließen aber trotzdem ein endogenes Moment in sich, das charakterlich nicht auflösbar ist, und stellen damit die Grenze dar, die *Jaspers* schon aufzeigte, an der der normale Entwicklungsgang seinen prozeßhaften, das heißt person-unabhängigen biologischen Charakter durchblicken läßt. Die Typen selbst charakterisieren

sich schon durch die gewählte Begriffsbildung. Wesentlich ist es, darauf hinzuweisen, daß das Ausmaß der gebotenen Erscheinungen außerordentlich sein kann, so z. B. die Antriebsverarmung, die groteske Ausmaße erreichen kann, oder die affektive Dekompensierung, die mit Zuständen einhergehen kann, die an exogene Ausnahmezustände oder oneiroide Bilder erinnert, die gesteigerte Pubertät, die alle die Pubertät kennzeichnenden psychischen Züge häufig uneinfühlbar übersteigert bietet, macht besonders große Schwierigkeiten. Für alle Fälle dieser großen Gruppe ist diagnostisch entscheidend, daß der Blick sich nicht auf das eine oder andere Symptom richtet, sondern daß die ganze Persönlichkeit mit all ihren Schwierigkeiten, Widersprüchen, Disharmonien, mit ihrer Stellungnahme zu sich selbst und der Umwelt das außerordentliche wechselvolle und launische Spiel der charakterlichen Seiten und Richtungen ins Auge gefaßt wird, die wechselnd und sich ablösend im Vordergrunde stehen. Vor allem gilt es auf das Herausschälen einer allgemeinen Entwicklungslinie der Persönlichkeit zu achten, wenn auch dieser Prozeß noch so mühsam ist und zunächst verworren zu sein scheint. Nähere Darlegung und Analyse der Fälle muß einer monographischen Unterbreitung des ganzen Materials vorbehalten bleiben.

Im Vergleich zu den Gruppen der manisch-depressiven und schizophrenen Psychosen ist für die aufgeführten Entwicklungsphasen darauf hinzuweisen, daß diese typischen Verläufe sich alle allmählich, wenn auch rasch, so doch nie akut aus der vorphasischen Persönlichkeitsverfassung herausentwickeln. Selbst wenn die affektive Dekompensierung z. B. in gewisser Weise eine Auflösung, Auflockerung des charakterlichen Gefüges bedeutet und querschnittsmäßig manche der gebotenen Bilder wie die extrem anankastische Entwicklung oder die gesteigerte Pubertät schwer einfühlbar sogar unverständlich wirken, so ist doch im Längsschnitt die charakterliche Struktur und die Einheitlichkeit ihres Aufbaues immer wiederzuerkennen. Diese Erfahrungen lehren, daß bei Jugendlichen einmalige Untersuchungen oder nur ambulante Querschnittslegungen oft nicht weiterführen. Sehr oft ist es erst der sich über längere Zeiträume erstreckende Längsschnitt und gründliche Beobachtung, unter Umständen mehrmals im Verlauf von mehreren Jahren, die volle Sicherheit in der Beurteilung gestatten.

Im Gegensatz zu den Entwicklungsphasen setzen nach unseren Erfahrungen die Phasen aus den Formenkreisen der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins zum weitaus größten Teil akuter ein. Zweifellos gibt es den langsamen, chronischen Charakterumbau, der sich über Jahre hin erstreckt, bis dann schließlich eines Tages z. B. eindeutige, psychotische schizophrene Symptome auftreten, auch. Aber diese Fälle sind in der Minderzahl gegenüber den anderen, in denen mehr oder minder plötzlich eine sinnvolle, verfolgbare Entwicklung unterbrochen wird. Schon um diesen Tatbestand herauszustellen, bedarf es sorgfältigster Anamneseerhebung, die durch Heranziehung von Lehrern, Jugendamtsakten usw. immer soweit wie möglich getrieben werden muß. Ein Überblick zeigt, daß rund $^3/_4$ der Psychosenfälle aus belasteten Familien stammen. Sowohl bei den Schizophrenen als bei den Manisch-Depressiven hält sich dabei gleichnamige und ungleichnamige Belastung mit Psychosen ungefähr die Waage. Die Belastung mit schweren Psychopathien, Kriminalität, Epilepsie ist bei den Schizophrenien größer als bei den Manisch-Depressiven. Diese Bemerkungen über unser Material gelten natürlich nur für den Umfang erbbiologischer Daten, die eine Klinik zu er-

reichen vermag. Die erbbiologischen Forschungsstätten haben hier das letzte Wort. Immerhin ergibt sich für den klinischen Untersucher hiermit der Tatbestand, daß die Belastung mit bestimmten Psychosen ihm über die Diagnose des Einzelfalles nichts Entscheidendes auszusagen vermag. Zu demselben Schluß muß man kommen, wenn man die präpsychotischen Charaktere der Jugendlichen betrachtet. Bei beiden Psychosengruppen halten sich unauffällige, nach keiner Richtung hin ausgesprochene Charaktere oder solche, die als ausgeglichen zu betrachten sind, die Waage. Sie umfassen bei beiden Formen rund ein Drittel. Es kann aber gesagt werden, daß sich unter den präpsychotischen Charakteren der Schizophrenien gemeinschaftsferne, schwer lenkbare, in ihrer Struktur schwer durchsichtige Naturen häufiger finden als bei den Manisch-Depressiven. Diese zeigen auch bei Jugendlichen mehr und ausgesprochener die Typen des heiteren oder ernsten, warmherzigen, menschennahen Charakters, so wie *Kretschmer* sie geschildert hat. Aber einen irgendwie sicheren Schluß auf die Natur der Psychosen erlaubt im Einzelfall eine derartige Feststellung nicht. Es läßt sich auch herausstellen, daß für die Prognose der Erkrankung der ursprüngliche Charakter ebenfalls nichts Entscheidendes bedeutet. Dasselbe gilt vom Lebensalter, in dem die Psychose zum Ausbruch kommt. Die jüngsten Schizophrenien unseres Materials erkrankten im Alter von 12 Jahren, die größte Anzahl liegt im 15. Lebensjahr. Für den Ausgang der Erkrankung ließ sich aus der Altersverteilung nichts prognostisch Bedeutsames schließen. Ebensowenig ist bei Mädchen die Zeit des Mensesbeginn ausgezeichnet, eine Erfahrung, die in der Literatur mehrfach bestätigt ist. Wohl finden sich Mensesstörungen, vor allem ein Aussetzen, bei vielen Fällen besonders häufig bei Depression. Verzögerte Entwicklung und Minderbegabung finden sich bei Schizophrenie häufiger, als bei Manisch-Depressiven, unter denen in unserem Material andererseits die eindeutigsten Fälle von Überbegabung anzutreffen sind. Der Beginn der schizophrenen Psychosen zeigt für die einzelnen Lebensalter keine wesentlichen Unterschiede, jedenfalls keine so prägnanten, daß der klinische Untersucher damit arbeiten könnte.

Im Vordergrunde steht im Beginn ein Syndrom des Leistungsverfalls, zumeist begleitet von körperlichen Allgemeinerscheinungen wie Kopfschmerzen, Mattigkeit, schlechten Schlaf, erhöhter Ermüdbarkeit. Der Leistungsnachlaß zeigt sich vor allem in einem schulischen Versagen und geht einher mit Antriebs- und Interessenverarmung und zumeist auch mit ängstlicher Unsicherheit, aus der dann häufig ein ängstlicher Beziehungswahn herauswächst. Meist verfallen die Kinder auch körperlich, sehen plötzlich schlechter aus, nehmen ab, werden ängstlich abwehrend gegen ihre Umgebung. Diese Züge können sich steigern zu völlig ablehnendem Protest, zu Schulschwänzereien, zu Arbeitsscheu, auf der anderen Seite auch zu skrupulöser Gewissenhaftigkeit. Über ein Nachlassen des Konzentrationsvermögens, eine gesteigerte Ermüdbarkeit bei geistigen Beanspruchungen hinausgehend finden sich ausgesprochene schizophrene Denkstörungen, wie Gedankenentzug, Fremddenken erheblich selten. Die Gemeinschaftsferne trägt zu Beginn der Erkrankung nicht den Charakter der Gefühlserkaltung, sondern vielmehr den lahmer oder ängstlicher Leere. Eigenartig ist eine durchaus nicht seltene und von der intellektuellen Begabung unabhängige Einsicht in die Schwere der Erkrankung, eine merkwürdige Hoffnungslosigkeit, die sich unterscheidet von der weichen Trauer des Depressiven. Ganz akut einsetzende Verwirrtheiten oder dösig-

apathische Zustände mit schweren Denkstörungen oder plötzlich einsetzende Ratlosigkeit sind dem geschilderten Beginn gegenüber zahlenmäßig erheblich weniger vertreten. In der weitaus größten Mehrzahl der Fälle ist der Beginn insofern auch bei den zunächst mit nicht sehr eindrucksvollen Symptomen beginnenden akut, als die seelische Veränderung eines Tages, ohne daß eine erklärende Herleitung möglich wäre, einsetzt. Zunächst schreitet sie sehr rasch voraus zu eindrucksvolleren und überzeugenden Erscheinungen wie ausgesprochener Ratlosigkeit, gesperrtem negativistischen Verhalten, ängstlichen Wahnbildungen, direktionsloser Erregung mit Grimassieren und den anderen bekannten katatonen Erscheinungen. Von Anfang an sind die Kinder in der Gemeinschaft auffällig dadurch, daß sie sich abseits stellen, sich absondern, schwer zugänglich werden; ihr Stimmungs- und Affektverhalten gibt hierfür keinen zureichenden Grund. Diese Züge sind es, die auch in der Familie zuerst auffällig sind. Für den weiteren, sehr bald fortschreitenden Verlauf ist viel weniger ein Symptom oder eine Symptonengruppe maßgebend als der unverständliche Wechsel im Verhalten der Kinder. Man kann nicht sagen, daß katatone oder hebephrene Syndrome oder Verwirrtheiten der kindlichen Schizophrenie ein besonderes Gepräge verleihen. Vielmehr ist der immerwährende Erscheinungswechsel, das Direktionslose, der plötzliche Wechsel zwischen Gesperrtheit und fähiger Umtriebigkeit, zwischen schnippisch-vorlaut-überlegenem Verhalten und ängstlicher Scheu, zwischen fahriger Erregung und lahmer bis dösiger Ablehnung, zwischen der Produktion von Phantastereien oder Lügnereien und völlig antriebsarmer Stumpfheit, für die Erkrankung charakteristisch. Sehr bald werden die Kinder in der Gemeinschaft abgelehnt, weil keinerlei durchgängige Beziehung zu ihnen möglich ist. Daß alle wesentlichen Symptome, die für die Schizophrenie des Erwachsenen Geltung haben, auch bei kindlichen Psychosen auftreten, ist zuletzt noch von *Niedenthal* an Hand der Literatur und eigener Fällen betont worden. Das System-Paranoische tritt zurück gegenüber der Wahnstimmung und dem Verhalten, das als schizophrene Grundstimmung besonders von *Berze, Gruhle* beschrieben worden ist. Die eindrucksvollen katatonen Symptome wie Stereotypien, Manieren, Bizarrien, Stupor stehen wenigstens im Beginn hintan. Erst im weiteren Verlauf wird die kindliche Schizophrenie hier reichhaltiger. Die schlechte Prognose ist häufig von anderen Autoren hervorgehoben worden. In unserem Material findet sich knapp ein Drittel mit guten bis schwer defektiösen Remissionen. Alle übrigen Fälle stellen um die 20er Lebensjahre herum schon Endzustände mit völliger unproduktiver Verblödung dar, die Dauerunterbringung notwendig macht. Damit schalten sich weitaus die meisten Fälle selbst aus der Gemeinschaft aus.

Bei den manisch-depressiven Fällen liegt der früheste Beginn im 11. Lebensjahr. Der größere Teil der Kinder machte die erste Phase im 14.—15. Lebensjahr durch. Es ist hervorzuheben, daß auch bei Kindern mit erheblicher Dauer der Erkrankungsphasen zu rechnen ist. $^3/_4$—1 Jahr sind keine Seltenheit, ebenso häufig ist ein über einige Jahre sich hinziehendes Schwanken nach der manischen und depressiven Seite oder nach einer von beiden Seiten. Wir haben den Eindruck, daß, abgesehen von einigen wenigen, die dauernd im Sinn einer Zyklothymie weiterschwanken, auf die Pubertät zunächst eine erkrankungsfreie Zeit folgt, die mindestens bis in die ersten 20er Lebensjahre reicht. Wenn sich dieser Eindruck bestätigt, so würde er im Hinblick auf die Unfruchtbarmachung von erheblicher Bedeutung sein, da eine Ausschaltung

aus dem Fruchtbarkeitsprozeß bei frühen Heiraten die Kenntnis der kindlichen bzw. jugendlichen Erkrankungen dringlicher macht.

Bei den Kindern unseres Materials findet sich nur einmal eine manische Phase als erstes Anzeichen der manisch-depressiven Erkrankung, sonst geht stets, wenn überhaupt eine manische Phase einsetzt, eine zur depressiven Seite zu rechnende Erkrankungszeit voraus. Auch für die kindlichen Erkrankungen aus diesem Formkreis gilt — wie von anderen Autoren schon vielfach betont —, daß sämtliche Erscheinungen, die bei Erwachsenen auftreten, wiederzufinden sind. Im Vordergrunde steht im Beginn der depressiven Phase eine weinerliche Müdigkeit, eine antriebsarme Mattigkeit, aber im Gegensatz zu den Schizophrenen mit deutlicher Verstimmung nach dem Traurigen oder Moros-quengelig-hypochondrischen hin. Auch der kindliche Depressive zieht sich aus der Gemeinschaft, aus dem Familienkreis zurück, aber er trägt dabei den Zug des Insichgekehrten, Grüblerischen. Schulisches Versagen, Leistungsnachlaß spielen eine erhebliche Rolle wie bei den Schizophrenen. Häufig begegnet man aber auch einem gesteigerten Leistungsehrgeiz bei objektivem Leistungsnachlaß, ebenso wie der Flucht aus der Gemeinschaft, öfter ein ängstliches Sich-einpassen, ein unsicheres Auf-der-Hut-sein, ein Anklammern an die Bindungen, mit denen der Pat. an andere Menschen verhaftet ist, gegenübersteht. Körperliches Unbehagen mit teilweise ausgesprochenen Hypochondrien charakterisiert den Phasenbeginn ebenso wie das depressive Schuldgefühl mit ängstlichen Befürchtungen. Selbstbeschuldigungen oder auch Anklagen anderer z. B. über sexuelle Angriffe. Nicht selten ist in ähnlichem Verhältnis wie Leistungsnachlaß und Leistungsehrgeiz eine überheblich-ablehnende Abwehr auf dem Hintergrund des müden Versagens. Übermäßige Gewissenhaftigkeit trotz deutlicher Hemmung und gequälter Langsamkeit entspricht dem Grundcharakter der Verstimmung ebenso wie ein gesteigerter Exzentrismus die innere Unsicherheit häufig überdeckt. Die Verschlossenheit des depressiven Kindes entbehrt immer der Uneinfühlbarkeit des Schizophrenen. Sie trägt stets den auch sonst deutlichen Charakter der Belastungsunfähigkeit. Die sachliche Interessiertheit tritt mit jeder Stunde des Wohlbefindens sofort in Erscheinung. Häufig ist abgesehen von den Tagesschwankungen der abrupte Ausbruch von Hemmung und lautlosem Sichzurückziehen. Unvermittelt verläßt dann ein solches Kind seine Beschäftigung, ein Spiel, dem es sich eben noch hingebungsvoll gewidmet hat, geht für kürzere oder längere Zeit beiseite, um dann ebenso unvermittelt in den Kreis der Gemeinschaft zurückzukehren. Überhaupt sind stärkste unvermittelte Schwankungen im gesamten Verhalten innerhalb weniger Stunden für die manisch-depressiven Zustände der Jugendlichen charakteristisch. Viel eindrucksvoller als bei den Schizophrenien ist bei den Depressiven die Denkhemmung, die Einfallsverarmung und auch die ängstlich-ratlose Planlosigkeit. Man kann sagen, daß im allgemeinen als schizophren geltende Erscheinungen wie ängstlicher Beziehungswahn, Angst vor Verfolgung oder Verschlepptwerden, wahnhafte Erlebnisse mit illusionären Verkennungen bei den depressiven Phasen viel häufiger sind als umgekehrt Verstimmungserscheinungen bei den Schizophrenen. Ebenso finden sich im Beginn der manisch-depressiven Phasen katatoniforme Symptome wie Stupor, Stereotypie, verbigerierendes Gerede, kataleptische Symptome, Unsauberkeit viel häufiger, als dies bei den Schizophrenien der Fall ist. Das motorische Bild ist mit Hemmung, Akinese, Ausdrucksverarmung überhaupt eindeutiger. Häufiger ist eine Ein-

schränkung der Ausdrucksverarmung auf die Mimik selbst zu Zeiten, in denen sich die Patienten sonst ungehemmt bewegen. Schlafstörung, nächtliches Aufschrecken, abendlich einsetzende Ängstlichkeit, Appetitmangel mit Übelkeit oder sonstigen körperlichen Allgemeinbeschwerden sind fast immer vertreten. Seltener ist großes Schlafbedürfnis im Gegensatz z. B. zur asthenisch-hypochondrischen Pubertätsphase, bei der großes Schlafbedürfnis oder doch die Fähigkeit, viel schlafen zu können, im Vordergrunde steht. Mißtrauische Insuffizienz mit den Erscheinungen einer sensitiv übersteigerten Eigenbezüglichkeit finden ihre verständliche Auflösung in der veränderten Grundstimmung und dem Gefühl des seelischen und körperlichen Versagens. Die manische Phase kennzeichnet sich im Beginn durch umtriebige, abstandslose, impulsive von Augenblickseinfällen beherrschte, autoritätsfeindliche Haltung. Kindliche Größenideeen, Phantastereien, Verschmähen der kindlichen Umgebung unter geltungssüchtigem großmannssüchtigem Vorziehen des Umgangs mit Erwachsenen machen bald Erziehungsschwierigkeiten, führen auch zu kriminellen Handlungen wie Zechprellereien oder auch zu Schulschwänzereien, Diebereien zu Hause. Der Hypomanische wirkt durch seine Unbekümmertheit oft bindungslos, gemütsarm, gefühlsmäßig unansprechbar, während eine ruhigere Stunde sofort die gemütliche Resonanzfähigkeit deutlich macht.

Ein weiteres Eingehen auf das Material muß ich im Rahmen dieses Berichtes, der den Beginn der Erbpsychosen bei Kindern und Jugendlichen im Auge haben sollte, versagen. Zieht man aus dem, was ich unterbreiten durfte, einen Schluß für die Praxis, so ist zunächst zu betonen, daß die Diagnose der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins im vorpuberalen, bzw. puberalen Alter mit wünschenswerter Sicherheit möglich ist. Zweifellos ist aber die Diagnostik in diesem Alter besonders schwierig. Sie bedarf gründlicher Beobachtung und Analyse der Fälle. Bezüglich der Handhabung des Erbgesundheitsgesetzes ist darauf hinzuarbeiten, daß jeder gröber auffällige Jugendliche eingehend im Auge behalten werden muß. Nur längere Verfolgung und eingehende Fallkenntnis lassen diagnostische Sicherheit erreichen. Dazu ist ja auch Zeit, denn Fruchtbarkeit in oder kurz nach der Pubertät ist nur in den allerseltensten Fällen zu erwarten. Bei gründlicher Überwachung der in Frage kommenden Jugendlichen lassen sich aber vor der Fruchtbarkeitsperiode mit Sicherheit diejenigen herauslesen, die wegen der psychotischen Natur ihrer seelischen Erscheinungen dem Erbgesundheitsgesetz nach von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden müssen.

Stoltenhoff-Dresden: Differentialdiagnostische Schwierigkeiten bei den psychiatrisch wichtigen Erbkrankheiten mit Ausnahme des erblichen Schwachsinns unter besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose.

Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses stellt die Psychiater vor eine besonders schwierige diagnostische Aufgabe. Hängt doch von der Genauigkeit und Richtigkeit ihrer Diagnose nicht nur, wie sonst in der Medizin auch, vielfach Leben und Gesundheit des Patienten ab, sondern darüber hinaus die Gesundheit und das Wohlergehen des deutschen Volkes. Schließlich sind von der Richtigkeit der psychiatrischen Diagnose auch noch eine Reihe anderer, mit der Individualgesundheit nur in loserem Zusammenhang stehende sehr einschneidende das bürgerliche Leben des Pat. und seine bürgerliche Existenz betreffende Maßnahmen abhängig.

Dieser besonderen Wichtigkeit der psychiatrischen Diagnose stehen leider auch besondere Schwierigkeiten der psychiatrischen Diagnostik gegenüber, welche vielfach die gewöhnlichen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten in der Medizin zu überragen scheinen.

So gibt es keinerlei »spezifischen« psychiatrischen oder neurologischen Symptome. Ein Analogon zum Tuberkelbazillus in der psychiatrischen »Expektoration« des Pat. kennen wir nicht.

Auch die Ausdehnung der Betrachtungsweise von dem Einzelsymptom auf den Symptomenkomplex oder das Syndrom hilft uns nicht weiter. Es sei nur beispielsweise an die Vieldeutigkeit des Syndroms »epileptischer Anfall« oder »manisches Zustandsbild« erinnert. Wenn auch die jeweilige Färbung, um bei dem letzten Beispiel zu bleiben, des manischen Syndroms dem erfahrenen Psychiater weitgehend sichere Unterscheidungsmöglichkeiten bietet, ob es sich um einen Schub des manisch-depressiven Irreseins, eine Schizophrenie, eine beginnende Paralyse — dieses unter Außerachtlassung des für die augenblickliche Betrachtung unwesentlichen neurologischen und serologischen Befundes — oder eine symptomatische Psychose handelt, gerade der erfahrene Psychiater wird zugeben müssen, daß Irrtümer unterlaufen können und daß in jedem Falle im Beginn der Krankheit die Differenzierung eine ungemein schwierige sein kann. Mit der Exaktheit des mikroskopischen Nachweises eines Gonokokkus oder der biologischen Diagnose im Tierversuch oder der Tumordiagnose nach Probeexzision kommen wir nicht mit!

Um noch einmal die eben schon erwähnten besonderen Schwierigkeiten der Frühdiagnose zu kennzeichnen, so sei darauf hingewiesen, daß der »neurasthenische Symptomenkomplex« das Anfangssymptom fast aller Psychosen sein kann, ohne aber etwa auch nur in einer besonders großen Zahl von Neurasthenie-Erkrankungen der Vorläufer einer Psychose zu sein zu brauchen.

Relativ gut orientiert man sich noch, wenn man sich die Frage vorlegt, ob das jeweilige psychiatrische Symptom oder Syndrom — auf die neurologischen Symptome läßt sich diese Betrachtungsweise aber keineswegs anwenden — aus der sog. normalen Persönlichkeit zwangslos herauswächst oder aber etwas schlechthin Neues, Persönlichkeitsfremdes darstellt. Doch auch diese Unterscheidung hilft besten Falles für die Differentialdiagnose Psychose oder Nichtpsychose weiter, nicht aber für die Beantwortung der Frage, um welche oder um was für eine Psychose es sich handeln wird.

Weitere Schwierigkeiten für die psychiatrische Diagnose und Differentialdiagnose insbesondere der »Erbkrankheiten« entstehen dadurch, daß die Systematik der Psychosen bei den verschiedenen Autoren und Schulen keine einheitliche ist. Historisch interessant ist die Einteilung *Kraepelins*, welche ich nach seinem Lehrbuche in der Ausgabe vom Jahre 1916 zitiere, nach fünf einander gleichgeordneten übergeordneten Gesichtspunkten, eine Einteilung in I. Psychosen durch äußere körperliche Schädigungen, II. Psychosen infolge von innerlichen körperlichen Krankheitsvorgängen, III. Psychogene Erkrankungen, IV. Konstitutionelle Seelenstörungen und V. Angeborene Krankheitszustände. Besonders auffallend ist für unsere Betrachtungsweise noch, daß die im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses genannten psychiatrisch wichtigen Erbkrankheiten sich in vier von diesen Gruppen, nämlich in allen mit Ausnahme der Gruppe III, finden.

Nur 13 Jahre später finden wir in der dritten Auflage des Lehrbuchs der Geisteskrankheiten von *Oswald Bumke* eine Einteilung der Psychosen nach

nur zwei einander gleichgeordneten übergeordneten Gesichtspunkten, nämlich in »Psychopathische Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen« einerseits und »Organische heteronome Reaktionen und Psychosen« andererseits.

Es ist hier nicht der Ort, auf diese historisch wie erkenntniskritisch in gleicher Weise hochinteressanten Fragen näher einzugehen. Wer sich einmal die nicht große Mühe nimmt, nur die Inhaltsverzeichnisse der heute maßgebenden und bis vor kurzem noch maßgebend gewesenen Lehrbücher der Psychiatrie durchzusehen, wird über die »Fülle der Gesichte« erstaunt sein. Auf die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten hinzuweisen, dürfte sich mit einem »Quod erat demonstrandum« erübrigen.

Wir sind also unbedingt darauf angewiesen, uns nicht nur wegen der besonders großen diagnostischen Verantwortung sondern auch, um uns überhaupt besser als bisher verständigen zu können, nach einem einheitlichen Einteilungsgesichtspunkt der Psychosen umzusehen, dies um so mehr als alle bisherigen uns nicht nur theoretisch sondern auch praktisch unbefriedigt lassen, was im übrigen von allen Autoren mehr oder weniger klar zugegeben wird.

Eine erste — eine formale aber darum nicht weniger wichtige Schwierigkeit kann dadurch beseitigt werden, daß wir uns darüber klar werden, daß wir den Begriff der »Psychose« klarer und eindeutiger herausarbeiten müssen. Die Lehrbücher der Psychiatrie sind keine Lehrbücher der Psychosen sondern sind Lehrbücher aller jener Krankheiten und Anomalitäten, welche dem Psychiater zu Gesicht kommen. Das kommt daher, daß in den psychiatrischen Kliniken und den Anstalten nicht lediglich Geisteskranke untergebracht und behandelt werden, sondern eine Fülle anderer Kranker und — mit einem Wort als »Asoziale« zu bezeichnender Menschen, welche aus ärztlichen, rechtlichen, sozialen und Verlegenheitsgründen in einer »geschlossenen« Abteilung untergebracht, untersucht oder verwahrt werden müssen. Das gleiche gilt für die in die Sprechstunde des Psychiaters kommenden und, wie gar nicht bestritten werden soll, in sie hineingehörenden Patienten. Durch die eben genannten Umstände, an welchen wohl nichts zu ändern ist, auch gar nichts oder nur wenig geändert zu werden braucht, entstehen aber Verständigungsschwierigkeiten, welche wir jedoch nur zu kennen und zu nennen brauchen, um sie zu überwinden oder zu beseitigen. Um nur ein oder zwei Beispiele zu nennen: die *Huntington*sche Chorea ist ebensowenig eine »Psychose« in des Wortes engerer Bedeutung wie die multiple Sklerose, bei welcher auch psychotische Symptome, wenn auch nicht so regelmäßig und so prägnant wie bei der *Huntington*schen Chorea vorkommen können, oder der Hirntumor, für welchen das gleiche gilt; oder der geschlechtlich Perverse, welcher aus fast nur forensischen Gründen in den Lehrbüchern der Psychiatrie systematisch abgehandelt wird, ist ebensowenig ein Geisteskranker wie irgendein anderer »Psychopath«, welcher zu den merkwürdigsten Einteilungsversuchen der Psychopathie in den genannten Lehrbüchern Veranlassung gibt.

Mit anderen Worten: wir kommen nicht weiter, aber wir müssen weiter kommen, wenn wir nicht der Psychose geben, was der Psychose ist, also etwa, und das kennzeichnet am besten, was gemeint ist, wie der Internist einen Scharlach »sine scarlatina« die Diagnose »Epilepsie« aus dem psychiatrischen Gesamtbild stellen könnte, weitgehend unbekümmert darum, ob der betreffende Kranke epileptische Anfälle, welche bei einem Dutzend und mehr Krankheiten vorkommen können, hat, gehabt hat oder haben wird; denn es gibt ja bekanntlich »Äquivalente«!

Wir müssen ferner ein gutes Wort, welches aber in der gesamten Medizin leider vielfach nur »Schlagwort« geblieben ist, in die Tat umsetzen und uns der »Ganzheitsbetrachtung« zu- und von der Skotomisiertheit durch Symptom- und Syndrombetrachtung abwenden. Wir dürfen nicht in den Fehler mancher internistischer Schulen verfallen, welche nicht mehr das Ulcus ventriculi sondern die »Ulkuskrankheit«, diese aber leider mit keinen anderen Methoden als dereinst das simple Ulcus behandeln und betrachten. Anders und positiv ausgedrückt: wir dürfen die Psychose weder als »Gehirnkrankheit« noch als eine wenn auch restlos unklare Störung in dem Korrelat der endokrinen Drüsen oder als eine ähnliche lokalisierbare, etwa gar einmal im Reagenzglas zu erfassende Störung eines Organs oder Organsystems ansehen, sondern wir müssen uns immer und immer wieder vor Augen führen: hier haben wir es mit kranken Menschen zu tun, bei welchen wir zwar aufs genaueste — und niemand wird leugnen, daß hier noch das allermeiste zu tun übrig geblieben ist — alle Organe und Organsysteme auf Anomalien untersuchen müssen; wir dürfen uns aber nicht einbilden und dürfen nicht als Forschungsziel aufstellen, daß wir »die« Psychose aus einem pathologisch-anatomischen oder physiologischen gestörtem Ablauf »erklären« können. Fassen wir die Psychose als eine Ganzheit, fassen wir den Psychotiker als einen kranken Menschen besonderer Art auf, werden wir mit Sicherheit eine weitere Reihe von diagnostischen und Verständigungsschwierigkeiten aus der Welt schaffen.

Schließlich, und damit kommen wir von der mehr spekulativen wieder zur klinischen Seite des Problems zurück, wir müssen sowohl bei der Abgrenzung wie bei der Einteilung der Psychosen brauchbare und allgemein anerkannte Einteilungsprinzipien haben. Wenn wir psychotische Erscheinungen bei einem Hirntumor, die Pseudodemenz eines Haftkranken, angeborenen Schwachsinn, die progressive Paralyse, das manisch-depressive Irresein, den Exhibitionismus und den Kranken mit epileptischem Anfall bei einer Urämie einerseits, wenn wir die Haftpsychose, die Schizophrenie, die sog. genuine Epilepsie, die Wochenbettpsychose, das Myxoedem und die senile Demenz andererseits nicht sinnvoll nach brauchbaren Gesichtspunkten auseinanderhalten und einordnen können, wenn wir — und das ist besonders wichtig — dies alles als Geisteskrankheiten schlechthin bezeichnen, ohne uns um die erbbiologischen oder konstitutionellen Gesichtspunkte weitestgehend zu kümmern, werden wir uns in dem Tohuwabohu der Nomenklatur weder praktisch noch theoretisch je zurechtfinden können.

Als ein brauchbares Einteilungsprinzip der Psychosen im engeren Sinne scheint sich mir in Anlehnung an die zitierte Bumkesche Einteilung die Unterscheidung der Psychosen in psychotische Prozesse und psychotische Reaktionen zu bewähren. Dabei sind unter Prozessen Krankheiten zu verstehen wie die Lungentuberkulose, das Magenulcus oder die Arthritis deformans, unter Reaktionen aber Krankheiten von der Art des Arzeneimittelexanthems, des Resorptionsfiebers oder, wie ich lieber sagen möchte: der Resorptionsfieberkrankheit nach Operationen oder schweren mit Blutergüssen einhergehenden sonstigen Traumen usw.; hierher gehören auch sehr viele Fälle von »Asthma«, das Heufieber, der oft zu schwersten Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber führende »Sonnenbrand« u. . m. Über alle theoretischen Einwendungen gegen eine solche Klassifizierung hinweg sei gesagt, daß sie erstens praktisch ungemein brauchbar ist und daß wir zweitens keine bes-

sere haben, daß schließlich ihre Brauchbarkeit für die Einteilung der Psychosen eine besonders gute und praktisch allen Fällen genügende ist.

So würden wir also psychotische Prozesse anzugehen haben und nennen als wichtigste Krankheiten dieser Gruppe: die Schizophrenie, das manisch-depressive Irresein, die psychose genuine Epilepsie und haben damit die erbbiologisch wichtigen Geisteskrankheiten unter einem einheitlichen Gesichtspunkt vereinigt. Wir rechnen ferner zu den psychotischen Prozessen die diesen Psychosen nahestehenden arteriosklerotischen und senilen Psychosen, die »Paraphrenien« *Kraepelins*, sofern man sie von den schizophrenen Erkrankungen abtrennen will, sowie die Paranoia und die Degenerationspsychosen, von welchen noch eingehend die Rede sein soll. Zu den psychotischen Reaktionen würden wir u. a. die gesamten sog. »symptomatischen Psychosen«, vor allem die Wochenbettspsychosen, die hysterischen, z. B. auch die Haftpsychosen, die reaktiven Depressionen und die meisten aller jener Psychosen zu rechnen haben, sofern sie Psychosen im engeren Sinne sind, welche als »Psychosen bei ...« (z. B. Basedowscher Krankheit) vielfach noch ein unberechtigtes Sonderdasein in der Systematik der Psychosen führen. Die progressive Paralyse, die Korssakowsche Krankheit und die posttraumatischen oder sich an ein Schädeltrauma anschließenden zu Dauerzuständen führenden und sich eben dadurch als Prozesse kennzeichnenden Psychosen sind zu den psychotischen Prozessen, die posttraumatischen deliranten Zustände von relativ kurzer Dauer, die akut auftretenden und schnell abklingenden Alkohol- und durch sonstige Gifte hervorgerufenen Halluzinosen usw. sind ebenso wie die urämischen, eklamptischen und die Psychosen »bei« Lues den psychotischen Reaktionen zuzurechnen.

Mit anderen Worten — denn es würde den Rahmen dieses Vortrages sprengen — und um es kurz zu sagen: das heuristische Prinzip der Einteilung der Psychosen in Reaktionen und Prozesse ist sicherlich nicht eine letzte und gar endgültige Richtlinie für die Systematik, aber eine mit dem heutigen Stande der psychiatrischen Forschung in Einklang zu bringende, praktisch brauchbare und einleuchtend-zwanglose. Vielleicht — hoffentlich — werden wir in nicht zu ferner Zeit brauchbarere und vor allem exaktere Einteilungsprinzipien haben; vorläufig mag die gewählte Einteilung als ein praktisch erprobter Versuch, sich in dem Gewirr der Systematiken zurechtzufinden, ihre relative Gültigkeit erweisen.

Nur noch auf einen Punkt sei hingewiesen: in der *Bumke*schen Zweiteilung finden wir das manisch-depressive Irresein unter den psychopathischen Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen, während in der eben gegebenen Einteilung diese Psychose unter den psychotischen Prozessen zu finden ist. Es erscheint mir aber richtig, wenn man die oben gegebene Einteilung annehmen will, das manisch-depressive Irresein in bewußter Abgrenzung gegen manische und vor allem depressive Reaktionen oder reaktiven Manien und Depressionen wegen sowohl ihres ausgesprochenen »endogenen« Charakters und ihrer ebenso ausgesprochenen Krankheitsprozeßeigenschaft zu den Prozessen zu rechnen. Aus allem Gesagten dürfte im übrigen klar hervorgehen, daß die den Psychosen zuzuordnenden Eigenschaften wie exogen oder endogen, heilbar oder unheilbar, kurz- oder langdauernd nicht der hier gegebenen Einteilung wesensmäßig zugrundeliegen, daß vielmehr der Versuch gemacht worden ist, das Ganzheitsprinzip auf die Systematik der Psychosen konsequent und praktisch anzuwenden; nur so und nur unter

diesem Gesichtspunkt kann und will diese Einteilung verstanden und beurteilt werden.

Gerade vom Standpunkt der Ganzheitsbetrachtung sei nun noch auf einen Punkt eingegangen, welcher mir sowohl diagnostisch als auch im Sinne der segensreichen und sinnvollen Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von besonderer, ja von ausschlaggebender Bedeutung zu sein scheint. Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist eindeutig auf die Diagnose abgestellt, unsere diagnostischen Schwierigkeiten sind aber, wie darzulegen versucht wurde, große, und zwar prinzipiell große. Über die klaren Fälle braucht nichts gesagt zu werden, und auch der offizielle Hinweis, daß das Gesetz dem Sinne nach ausgelegt und gehandhabt werden soll, wird von allen Psychiatern freudig begrüßt und als nur förderlich für das Ziel des Gesetzes erkannt werden.

Ich möchte aber in diesem Zusammenhang auf eine nicht kleine Gruppe von Psychotikern hinweisen, welche heute noch nicht allgemein von dem Gesetz erfaßt werden, welche aber nichtsdestoweniger hinsichtlich ihrer Erbgefährlichkeit den Schizophrenen mindestens gleichzustellen sind, wenn sie sie hierin nicht gar übertreffen. Ich meine die degenerativen oder die Degenerationspsychosen. Wir müssen sie, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann, von den schizophrenen Psychosen diagnostisch und nosologisch abtrennen; betrachten wir uns aber gerade in diesen Fällen das »Erbgesicht der Sippe«, so werden wir die Feststellung machen können, daß sich häufig zahlreiche Fälle von Geisteskrankheiten aller Art und sonstigen Abnormitäten in der Familie finden, ist doch durch die Bezeichnung »degenerativ« oder »Degenerations-« die Krankheit als eine auf konstitutioneller und, wie wir annehmen dürfen, vererbbarer Grundlage entstandene gekennzeichnet. Es sind »rassenhygienisch unerwünschte Typen« (*Gütt, Rüdin, Ruttke* S. 106) aber, wie ich hinzufügen möchte, nicht nur unerwünschte sondern vielfach besonders gefährliche Typen. Besonders gefährlich sind sie darum, weil sie nicht nur oft der Diagnose »Schizophrenie« trotz des Hinweises in dem *Gütt, Rüdin, Ruttke*schen Buche S. 99 entgehen, sondern auch und gerade, worauf eben besonders hingewiesen werden sollte, weil sie aus besonders schwer belasteten Familien zu stammen pflegen, weit weniger häufig als Schizophrene dauernder Anstaltsverwahrung bedürftig werden und infolge einer durch die Krankheit bzw. Anlage bedingten Charakter- oder Willensanomalität zu nicht von genügendem Verantwortungsbewußtsein getragener Fortpflanzungstätigkeit neigen.

Was eben über die Degenerationspsychosen ausgeführt wurde, gilt sicher in gleicher Weise für sehr viele Fälle von Psychopathie und psychopathischen Reaktionen. Auch hier wird man — ganz im Sinne der Ganzheitsbetrachtung — für die Beurteilung des Einzelfalles aus dem gesamten rassehygienischen Verhalten wichtige Schlüsse ziehen können.

Aussprache: *Beringer*-Freiburg: Von Wichtigkeit ist die Frage, wie lange Zeit im Durchschnitt vergeht, bis der Erbkranke zur Aufnahme in Klinik oder Anstalt kommt. Von 212 weiblichen Schizophrenen, die ich besonders eingehend auf erste Erscheinungen untersuchte, kamen 102 innerhalb der ersten 3 Monate zur Aufnahme, 110 nach einem Jahr und später. Also 52%. Dann 42 nach 1—3 Jahren, 35 nach 3—6 Jahren, 8 nach 7—9 Jahren, 25 erst nach 10 Jahren. 83 von 110 Fällen waren bei Klinikaufnahme nicht älter als 40 Jahre, also sicher fortpflanzungsfähig.

Damit zeigt sich die enorme Bedeutung, die der Mitarbeit des praktischen Arztes zukommt, denn zu ihm kommen doch Kranke zuerst.

Ast-Eglfing: Die von Herrn *Beringer* aufgestellte Forderung nach besserer psychiatrischer Ausbildung der praktischen Ärzte hat ihre zwei Seiten. Die Frühdiagnose ist doch wohl so schwierig, daß man sie nur dem Facharzt anvertrauen kann. Man soll also den praktischen Arzt lieber darauf hinweisen, daß er jeden Fall von psychischer Anomalie an die Kliniken, Polikliniken oder die Fürsorgestelle der Anstalten verweist. Auch hier zeigt sich wieder die Wichtigkeit des Anstaltsdienstes, der am besten imstande ist, die Frühfälle zu erfassen und diagnostisch zu klären bzw. diagnostisch klären zu lassen.

Kleist-Frankfurt: Die Zahl der Schizophrenien in dem Material von Herrn *Bürger-Printz* erscheint auffällig hoch, in der Kinderabteilung der Frankfurter Nervenklinik ist sie bedeutend geringer. Ich möchte deshalb anfragen, ob die Diagnosen katamnestisch gesichert sind.

Schlußwort: *Bürger-Printz:*

Vortrag: *Scholz*-München: Anatomische Anmerkungen zu den Beziehungen zwischen Epilepsie und Idiotie. (Mit Lichtbildern.)

Wenn wir an einem Idiotengehirn gröbere Veränderungen feststellen, so sind wir geneigt, die Idiotie darauf zu beziehen. War der Idiot gleichzeitig Epileptiker, so bringen wir die Epilepsie gleichfalls damit in Zusammenhang. Wir fassen sie als etwas Hinzugetretenes, als ein Symptom des Hirnbefundes auf. Früher schuldigte man encephalitische Prozesse als Ursache solcher Hirnveränderungen an, neuerdings ist das Geburtstrauma an dessen Stelle getreten. Daneben gibt es aber, wenn wir die Entwicklungsstörungen ganz außer Betracht lassen, noch andere Entstehungsmöglichkeiten, und über eine solche Möglichkeit möchte ich heute zu Ihnen sprechen.

Wenn wir allein von den narbigen Befunden ausgehen, die wir meist antreffen, so können wir freilich keine bestimmten ätiologischen Schlüsse ziehen. Wir können bei vielen nur sagen, daß bei ihrer Entstehung Kreislaufstörungen mitgewirkt haben müssen. Wollen wir Bestimmteres wissen, dann müssen wir auf die Suche nach frischen Veränderungen gehen, die wir auf bestimmte Geschehnisse beziehen können. Das war ja auch beim Geburtstrauma notwendig.

Ein solches Geschehnis ist nun der epileptische Status. Untersucht man nämlich die Dinge einmal systematisch, so ist man überrascht, wie schwere und ausgedehnte Hirnschädigungen man besonders am Kindergehirn dabei vorfindet. Und vergleicht man diese frischen Veränderungen mit den narbigen Befunden an den Gehirnen mancher epileptischer Idioten, so wird man fast zwangsläufig zu der Annahme gedrängt, daß die epileptische Erkrankung — möge sie nun ererbt oder sonstwie bedingt sein — auch das Primäre sein kann, während die Idiotie und gegebenenfalls auch ein Littlescher Komplex erst ihre Folge ist. Das ist in gewissem Sinne die Umkehrung eines von jeher anerkannten und — wie ich gleich sagen möchte — auch von mir für viele Fälle als zutreffend angesehenen Tatbestandes.

Wir wissen durch die Forschungen der *Spielmeyer*schen Schule, daß von einem selbständigen Hirnprozeß bei der Epilepsie keine Rede sein kann. Alles was als Folge der epileptischen Erkrankung an frischen und alten Hirnveränderungen gefunden wird, ist auf funktionelle Kreislaufstörungen zu

beziehen, die mit den epileptischen Anfällen im engsten Zusammenhang stehen. Daß es sich bei diesen Kreislaufstörungen nur um eine vorübergehende Absperrung des Blutzuflusses handelt, darauf weisen außer den bioptischen auch die anatomischen Beobachtungen hin. Denn wir finden in der Regel nur unvollkommene Gewebsnekrosen; die Gewebskontinuität bleibt gewahrt, es kommt im allgemeinen nicht zur Erweichung wie bei länger dauernden vollständigen Gefäßverschlüssen; es gehen in den betroffenen Gebieten im wesentlichen nur die empfindlichen spezifisch nervösen Strukturen zugrunde. Ein durch *Spielmeyer* bekannt gewordenes Beispiel dafür ist die Ammonshornveränderung und die Läppchenatrophie im Kleinhirn.

Es wird mir nun obliegen zu zeigen, daß die mit den epileptischen Insulten verknüpften funktionellen Kreislaufstörungen tatsächlich zu so umfangreichen Veränderungen führen können, daß wir sie bedenkenlos als Grundlage einer Idiotie mit oder ohne Littlesches Syndrom gelten lassen können. Ich betone nochmals, daß wir dabei nur von den frischen Veränderungen ausgehen können.

Ich habe mich bereits in früheren Untersuchungen um die Darstellung solcher Veränderungen bemüht. Es handelte sich damals meist um diffuse und disseminierte Ganglienzelluntergänge, die wohl an Menge teilweise sehr beträchtlich waren, aber noch nicht mit solcher Eindeutigkeit zu erkennen gaben, daß aus ihnen mit bloßem Auge sichtbare Veränderungen werden würden. Wenn man sich aber an solchen bei Lupenbetrachtung noch kaum auffälligen Rinden einmal die Mühe macht, die Zellen aus dem Mikrophotogramm herauszunehmen, die eindeutig die Zeichen des Zelltodes tragen, so ist man doch überrascht von dem, was ausfällt und was übrig bleibt.

Als Residuum solcher Zelluntergänge wird man wenigstens eine mehr oder weniger beträchtliche Verarmung der Rinde an Ganglienzellen erwarten dürfen, die entweder mehr gleichmäßig den ganzen Rindenquerschnitt oder auch vorzugsweise einzelne Schichten betrifft. Solche Residualzustände findet man nun tatsächlich öfters bei epileptischen Idioten als einzigen Befund, gegebenenfalls neben einer Ammonshorn- oder Läppchensklerose.

Man wird mir zugeben, daß eine in großen Arealen des Gehirns anzutreffende Zellverarmung als morphologisches Substrat einer Idiotie angesprochen werden kann. Der schlüssige Beweis der paroxysmalen Genese ist in solchen Fällen natürlich schwer zu führen. Sie wird gegebenenfalls durch entsprechende Belastung, Krankheitsverlauf und die genannten morphologischen Übereinstimmungen aber doch sehr nahegelegt und wie ich meine, dadurch noch wahrscheinlicher gemacht werden können, wenn in einem tödlichen Status abermals ein Zellverlust in genau der gleichen Weise erfolgt.

Das ist aber nicht alles. Ich würde damit allein meine These nicht stützen wollen. Die im epileptischen Status eintretende Rindenschädigung kann noch viel weiter gehen; sie kann in ausgedehnten Gebieten mehr oder weniger den Charakter einer Erbleichung annehmen, d. h. sich der totalen Gewebsnekrose annähern, ohne sie allerdings völlig zu erreichen. Solche Veränderungen habe ich im Occipitalhirn zweier im epileptischen Status verstorbener Kinder gesehen.

Die Veränderungen bestehen nun kaum je in gleicher Stärke im ganzen Gehirn. Meist sind große Teile überhaupt völlig verschont geblieben. Oft sind nur einzelne Windungen oder Windungsgebiete betroffen, manchmal ist der Rindenquerschnitt gleichmäßig verändert, manchmal sind es fleck-

und streifenförmige (pseudolaminäre) Ausfälle. In manchen Fällen sind mit Vorliebe die Windungstäler betroffen, andermalen wieder sind es mehr oder weniger ausgesprochene herdförmige Ausfälle von erbleichungsartigem Charakter, die einzeln nebeneinander liegen oder auch zusammenfließen, so daß nur verschieden zahlreiche und große Ganglienzellinseln stehen bleiben.

Schließlich können auch tiefere Hirnteile, insbesondere der Thalamus, aber auch das Striatum schwer betroffen werden.

Die Erscheinungsform der anatomischen Befunde ist, wie Sie sehen, außerordentlich mannigfaltig. In Einem aber stimmen sie alle überein, nämlich in ihrer Bedingtheit durch funktionelle Kreislaufstörungen.

Das bezieht sich alles auf frische Veränderungen, deren Zusammenhang mit den epileptischen Paroxysmen sich bei Gegenüberstellung des histologischen Befundes mit den klinischen Daten klar erweisen läßt. Was wird aber nun später aus diesen Veränderungen? Treffen wir bei Epileptikern narbige Befunde, die sich auf solche paroxysmalen Schädigungen zurückführen lassen? Auch das kann man bejahen.

Was wir im allgemeinen nicht werden darauf beziehen dürfen, das sind die Reste grober Gewebseinschmelzungen, also etwa Zysten und Porusbildungen. Wir werden mit den Folgen unvollständiger Nekrosen in der mannigfaltigen Form der besprochenen Ausfälle zu rechnen haben. Wenn wir uns dabei gewissermaßen als Muster die von *Spielmeyer* bis ins Einzelne studierten Ammonshorn- und Kleinhirnveränderungen vor Augen halten, so haben wir im Grunde schon alles, was wir erwarten dürfen; nämlich: Atrophie, Verödung durch herd- und streifenförmige Ganglienzellausfälle, Sklerose der grauen und weißen Substanz, narbige Umwandlung ganzer in ihrer Form im wesentlichen erhaltener Windungen oder Windungsbezirke.

Jedenfalls werden wir uns nun nicht wundern, auch bei genuinen Epileptikern einmal Rindenatrophien zu finden; auch Bilder mit pseudolaminären Ausfällen, wo die Ganglienzellen in einem Streifen wie ausrasiert erscheinen, finden in den vorhin erwähnten frischen Ausfällen im epileptischen Status ihre Erklärung. Ich habe vorhin weiter auf die gelegentliche Bevorzugung der Windungstäler bei den frischen Rindenveränderungen aufmerksam gemacht. Gar nicht selten findet man auch die narbigen Folgen solcher frischen Zustände. Es handelt sich auch hierbei um die Residuen unvollständiger Gewebsnekrosen, die wir um so eher mit den Krampfzuständen in Beziehung setzen können, wenn wir im gleichen Fall nach dem Statustode neben den narbigen frische Veränderungen erbleichungsartigen Charakters feststellen.

Schließlich können, wie am Statusgehirn ersichtlich, auch mehrere Hirnwindungen umfassende Gebiete in schwerer Weise betroffen werden. Es entsteht dann das Bild der narbigen Windungsschrumpfung, der Ulegyrie, wovon ja Ammonshorn- und Läppchensklerose auch nur Spezialformen sind. Diese auch falsche Mikrogyrien genannten Ulegyrien werden gelegentlich immer noch mit echten Mikrogyrien zusammengeworfen; sie haben mit Entwicklungsstörungen aber nicht das mindeste zu tun, sondern es handelt sich um reine narbig-atrophische Vorgänge, bei denen höchstens ein Zurückbleiben im Wachstum gestaltend mitwirken kann.

Gerade bei solchen Ulegyrien, die man bei Epileptikern gar nicht so selten trifft, wird man sich immer die Frage vorlegen müssen, inwiefern sie nicht Ursache sondern Folge der epileptischen Erkrankung sind. Es ist leicht

verständlich, daß diese — wenn ich so sagen darf — epileptischen Hirnveränderungen, falls sie den richtigen Ort treffen, auch neurologische Symptome, wie motorische und sensorische Ausfälle oder auch extrapyramidale Erscheinungen machen können. Und da die paroxysmalen Schädigungen gern immer wieder in dieselbe Kerbe hauen, müssen wir uns auch fragen, ob nicht diese oder jene mit epileptischen Anfällen verknüpfte, unklare organisch-neurologische Erkrankung, die auf Grund ihrer Progredienz den Eindruck eines selbständigen Prozesses macht, nicht nur Ausdruck einer Summation von Ausfällen im Gefolge epileptischer Insulte ist, wenn die jeweiligen Verschlimmerungen mit epileptischen Anfällen zusammenfallen. Daß es so etwas gibt, darauf weisen manche Fälle meines Epileptikermaterials hin.

Der Zweck meiner Ausführungen war der, zu zeigen, wie schwer die Hirnschädigungen sind, die besonders im Kindergehirn durch den Vorgang eintreten können, als dessen sinnfälligen Ausdruck wir den epileptischen Krampfanfall kennen. Ich wollte auf die genetischen Beziehungen hinweisen, die sich daraus zu anderen mit Epilepsie verknüpften Krankheitszuständen ergeben, insbesondere zur Idiotie mit und ohne Littleschen Komplex. Das hat ja nicht nur ein speziell anatomisches Interesse, sondern ist auch für den Kliniker schon hinsichtlich der Anfallverhütung, für den Erbbiologen und schließlich auch für den Gutachter in rassehygienischen und gesundheitspolitischen Fragen von Bedeutung. Das Gebiet der genuinen Epilepsie, das im Laufe der letzten Jahrzehnte mehr und mehr eingeschränkt worden ist, wird damit wieder erweitert. Es ist nach dem Gesagten nicht erlaubt, jeden Fall von Epilepsie nur deshalb als symptomatisch aufzufassen, weil er einen makroskopischen Hirnbefund aufweist oder weil organisch neurologische Symptome vorhanden sind. Unter Umständen werden hier der Krankheitsverlauf und die erblichen Belastungsverhältnisse die Entscheidung bringen können. Bei der erbbiologischen Betrachtung wird berücksichtigt werden müssen, daß ein organischer körperlicher und psychischer Befund eine genuine Epilepsie nicht ausschließt, und daß einem Schwachsinn und einer Idiotie gegebenenfalls eine epileptische Erkrankung zugrunde liegen kann.

Aussprache: *Kaldewey*-Eickelborn:

Schob-Dresden: Man wird sich nach den Ausführungen des Herrn Vortragenden fragen müssen, ob nicht eine andere Form der Rindenatrophie beim Kind, die sogenannte lob. Atrophie, die auch symmetrisch auftreten kann, lediglich Folgezustand der Epilepsie ist. Diese Formen verlaufen oft schubweise; beim ersten Schub kommt es nach einem Status epilepticus zu einer passageren Lähmung; nach weiterem Auftreten von Status epil. bleibt dann eine cerebrale inf. Hemiplegie zurück. Ich selbst habe einen solchen Fall beobachtet, der unter Auftreten von Hunderten von Anfällen verlaufen ist.

P. Schröder-Leipzig: betont die Wichtigkeit der histopathologischen Befunde des Vortragenden, namentlich auch für die klinische Bewertung von Herdsymptomen im Einzelfall, wenn es sich um die Frage des Vorliegens von genuiner Epilepsie handelt. Wichtig wäre noch zu wissen, unter welchen besonderen Umständen sich die Veränderungen im Anfall einstellen, ob es sich dabei um abgrenzbare mit Epilepsie einhergehende Erkrankungen, etwa auch mit besonderen Erbverhältnissen handelt, oder ob jedweder epileptische Anfall als solcher derartige Nekrobiosen der Hirnrinde zur Folge haben kann.

Pette-Hamburg fragt an, in welcher Weise sich die Meningen am Prozeß beteiligen. Ein eventuell ausgedehnter Befund (Verwachsung der Hirn-

häute), der zu einer Behinderung der Liquorpassage führen könnte, wäre für die Ausdeutung von Encephalogrammen von nicht zu unterschätzender Bedeutung.

Kleist-Frankfurt: Anfrage, ob die beobachteten Veränderungen auch bei Kindern ohne status epilepticus beobachtet worden sind.

C. Schneider-Heidelberg weist darauf hin, daß es auf die klinische Beurteilung ankommt. Die Demenz der Anfallssummationsfolgen hat ein anderes psychopathologisches Syndrom als die genuine epileptische Demenz.

Das Encephalogramm vermag die Entscheidung nicht zu bringen. Veränderungen können in ihm fehlen bei symptomat., vorhanden sein bei genuiner Epilepsie.

Es gibt Familien mit erblicher Haemangiomatose.

Es kommt stets auf die Gesamtkenntnis aller Erscheinungen und des Verlaufs an.

Fünfgeld-Frankfurt:

Ilberg-Dresden: hat zuweilen Verödungsherde in Hirnrinde und Hirnmark beobachtet; bei manchen dieser Herde handelt es sich nur um Untergang von Ganglienzellen, bei manchen fand sich im Innern des Herdes Gliazellenwucherung. Man darf wohl die einen Fälle auf frischere, die anderen auf weiter zurückliegende Anfälle zurückführen.

Scholz-München (Schlußwort): Herrn Fünfgeld ist zu erwidern, daß alle Fälle mit prozeßhaften Veränderungen etwa entzündlicher Art ausgeschaltet worden sind. Über eine bestimmte Ursache der epilept. Anfälle der hier gezeigten Fälle ließ sich weder aus dem Hirnbefund noch aus dem Krankheitsbilde etwas schließen. Die meningealen Veränderungen über den alegyrischen Bezirken sind wenig ausgesprochen, schwartig-fibröse Zustände wie etwa bei chron. entzündlichen Prozessen habe ich nicht gesehen. Wie Herr *Schob* glaube auch ich, daß manche Fälle sogen. lobärer Atrophie ihre Entstehung einer epileptischen Erkrankung verdanken. Es ist in diesem Zusammenhang vielleicht von Interesse, daß in *Spielmeyers* bekanntem Fall von intrakortikaler Hemiplegie, der gleichfalls ausgedehnte sklerotisch-atrophische Veränderungen aufwies, die Lähmung nach epileptischen Anfällen aufgetreten war. Die Gliareaktion in den von den paroxysmalen Schädigungen betroffenen Partien ist eine Frage der Zeit. Tritt der Tod sehr bald nach dem epileptischen Status ein, so kann jegliche Gliareaktion noch fehlen; sehr bald treten aber gewöhnlich zahlreiche Haemorrhagien auf; später findet je nach dem Grad der Schädigung eine faserige Gliavermehrung statt, die u. U. zu knorpeliger Verhärtung des Gewebes führen kann.

H. F. Hoffmann-Gießen: Krank oder gesund? (Eigenbericht.)

Wer gesund ist, kann zwar arbeiten, aber nicht ohne weiteres jede Arbeit verrichten; es ist nicht jeder Gesunde unbeschränkt arbeitsfähig. Dieser Satz eröffnet uns die Problematik, die mir vor Augen schwebt und ungezählte sog. neurotische Krankheitsfälle in sich schließt. Viele Menschen, die keinen organischen Gesundheitsschaden an sich tragen, versagen im Arbeitsprozeß, weil sie der bisher gewohnten Arbeit nicht mehr gewachsen sind, oder weil notgedrungen eine Arbeit von ihnen verlangt wird, der sie von vorneherein nicht standhalten können. Das Versagen, das auf mangelnder körperlicher oder auch psychischer Eignung beruhen kann, führt zu körperlichem Unbehagen, zu neurotischen Beschwerden und zur Hypochondrie. Wollen wir diesen Men-

schen vorbeugend helfen, so muß es unser Ziel sein, sie ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend in den Arbeitsprozeß einzugliedern. Die Alternative »krank oder gesund«, die uns immer wieder von den Krankenkassen vorgelegt wird und die sich auch viele Betriebsführer zu eigen machen, muß verschwinden. Sie stellt eine Form von Schematismus dar, den wir Ärzte nicht dulden dürfen.

Auch für viele durch Unfall oder Krankheit Geschädigte treffen dieselben Erwägungen zu. Wir sollen ihre Arbeitsfähigkeit in der bekannten Weise nach Prozenten einschätzen. Es ist aber wichtiger, die ihnen verbliebene Arbeitsfähigkeit zu spezifizieren und dafür zu sorgen, daß sie in einer ihnen angemessenen Weise Verwendung finden. Dadurch würde viel unnütz vergeudetes Geld gespart, auch menschliche Not und menschliches Elend aus der Welt geschafft. Es war bis heute uns Ärzten nicht möglich, die vielen Sinnlosigkeiten einer falschen Arbeitsverwendung abzustellen, da uns die Mittel zur Durchführung fehlten. Nach meiner Überzeugung sind die von dem Gießener Kreisleiter des Amtes für Volksgesundheit der NSDAP., Frauenarzt Dr. *K. Schliemann,* entwickelten Gedanken geeignet, hier Abhilfe zu schaffen. Das genannte Amt will Freund und Berater der arbeitenden Menschen sein und den im Arbeitsprozeß Gefährdeten helfen. Es muß durchaus unsere Billigung finden, wenn *Schliemann* eine ärztliche Kontrolle der Eignung und Leistung vorschlägt, wobei in engster Zusammenarbeit mit der DAF. dafür Sorge getragen werden soll, die ärztlichen Vorschläge in die Tat umzusetzen. Nur wenn wir uns auf eine große Organisation stützen, kann es gelingen, den Gesichtspunkt der Eignung und Leistung unter der Kontrolle des Arztes in den Betrieben zu verwirklichen. Wir Neurologen und Psychiater können die Bemühungen *Schliemanns* nur wärmstens begrüßen. Es eröffnet sich hier ein wichtiges Gebiet der Neurosenbekämpfung und damit der tätigen Fürsorge für die Volksgesundheit.

Erscheint ausführlich in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift.

Koller-Nauheim: Die Auslesevorgänge im Kampf gegen die Erbkrankheiten.

Durch mathematische Berechnungen wird gezeigt, daß der Kampf gegen die Erbkrankheiten sehr wirksam gefördert wird, wenn außer der Unfruchtbarmachung der Erbkranken auch die durchschnittliche Fruchtbarkeit der erblich belasteten Gesunden (vorher theoretisch abgegrenzte Gruppe) gesenkt wird, z. B. durch Benachteiligung bei der Gattenwahl. Die häufigsten, für die Volksgesundheit gefährlichsten Krankheiten werden am schnellsten zurückgedrängt. Wird in gesunden Ehen nach der Geburt eines kranken Kindes die weitere Fortpflanzung eingestellt, wirkt sich auch dies — fast unabhängig von der Krankheitshäufigkeit — sehr stark aus.

Klein-Frankfurt: Idiopathischer Hydrocephalus mit nervösen und psychischen Störungen (auf Grund encephalo- und ventriculographischer Untersuchungen).

Es wird über psychische Störungen einiger Kranker mit encephalographisch nachgewiesenen Hydrocephalus intern berichtet. In den Jahren 1934 und 1935 wurde 12mal die Diagnose »psychische Störungen bei Hydrocephalus« bei einem Durchgang von 3176 psychisch Kranker in dieser Zeit gestellt. Den Verdacht auf das Vorliegen einer hydrocephal bedingten Störung lenkt der

Nachweis von in ihrer Intensität wechselnden neurologischen Symptomen (Reflexunterschieden, spont. Reflex-Verdacht auf Stauungspapille), die nach Besserung der seelischen Erkrankung ausnahmslos schwanden.

In den beschriebenen Fällen handelt es sich teils um neurasthenisch anmutende Zustandsbilder mit kurz dauernden Verstimmungen, Konzentrationsschwäche, innere Unruhe sowie Schlaflosigkeit, teils um länger anhaltende depressive Zustände mit Entfremdungserlebnissen sowie Verlust des anschaulichen Vorstellungsvermögens. Daneben trit im Verlauf der Erkrankung zeitweise deutliche Bewußtseinstrübung mit Perseverationen auf.

Alle Kranken zeigten eine deutliche Besserung nach der suboccipitalen Encephalographie. Auch die neurologischen Symptome schwanden allmählich.

Die Erkrankungen werden als Ausdruck einer Druckwirkung auf den Hirnstamm infolge Druckschwankungen bei bestehendem Hydrocephalus internus angesehen.

Wodurch es zu diesen Druckänderungen kommt, ist ungewiß. Es wird an banale Infektionen des Zentralnervensystems gedacht (bei einigen Kranken bestanden im Beginn der Erkrankung Temperaturerhöhung), sowie an Veränderung der Blutliquorschranke.

Der therapeutische Erfolg der Encephalographie ist sowohl auf die Entlastung wie auch auf die Permeabilitätsveränderungen, die nach Liquor-Luftaustausch auftreten, zurückzuführen.

R. Gaupp-Kiel: Über sekretorisch tätige Ganglienzellen im Zwischenhirn des Menschen.

Die von *Scharrer* an Fischen, Amphibien, Reptilien und zahlreichen Säugerarten erhobenen Befunde, die auf eine sekretorische Tätigkeit bestimmter Zellgruppen im Zwischenhirn hinweisen, werden für den Menschen bestätigt. In den homologen Kernen, dem Nucleus supraopticus und Nucleus paraventricularis, finden sich in gleicher Weise wie bei den Tieren Kolloidtropfen, teils intracellulär, teils frei im Gewebe, an und im Gefäß und unter dem Ependym. Das Kolloid entsteht in den Zellen durch Konfluieren fuchsinophiler Granula, welche zuerst zwischen den Nißl-Schollen sichtbar werden. Die an 74 menschlichen Zwischenhirnserien gewonnenen Erfahrungen lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Kolloid wird ausschließlich im Kerngebiet angetroffen. Der Sekretionsvorgang läßt sich innerhalb der Nervenzellen in allen Entwicklungsphasen verfolgen. Sowohl das Liquor- wie das Blutgefäßsystem nehmen das Kolloid auf. Die Abgabe und Ausstoßung aus den Zellen erfolgt entweder im kontinuierlichen Strom oder in Schüben. — Jahreszyklische Schwankungen finden sich ebenso wenig wie bei den Tieren. Der jeweilige Funktionszustand erscheint von individuellen Faktoren abhängig. Zwischen dem vierten und achten Lebensjahrzehnt werden aber hinsichtlich der Ausgeprägtheit der Kolloidproduktion altersabhängige Unterschiede nicht nachgewiesen. In den ersten Lebensjahrzehnten erscheint dagegen die Sekretion gering. Die Zwischenhirnsekretion wird beim männlichen und weiblichen Geschlecht gleichermaßen beobachtet. Im Gegensatz zu den Erfahrungen bei der Kröte sind die Sekretionsvorgänge beim männlichen Geschlecht durchschnittlich ausgeprägter. Anhaltspunkte für Beziehungen des Funktionszustandes der »Zwischenhirndrüse« zu den endogenen und organischen Psychosen, Nervenkrankheiten und inneren Leiden haben sich bisher nicht ergeben.

Peters-München: **Die Beziehungen sekretorischer Vorgänge im Zwischenhirn zu Psychosen und innersekretorischen Erkrankungen.**

An einem größeren Material hirngesunder und hirnkranker Fälle haben wir uns von der erstmalig von *Scharrer* und *Gaupp* festgestellten Produktion von Kolloid in den Zellen des Nucleus supraopticus und paraventricularis des Menschen überzeugen können. In zwei Drittel der gesamten Fälle war Kolloid in Zellen der eben genannten Kerne zu beobachten, in wenigen Fällen fanden wir Kolloideinlagerungen auch in den Zellen des Nucleus tubero-mamillaris, bzw. mamilloinfundibularis. Die Befunde von *Roussy* und *Mosinger*, die Kolloid auch in den Tuberkernen und im Basalganglion fanden, können wir nicht bestätigen. Außer den Kolloidtropfen verschiedener Größe in den Zellen findet man häufig in gleicher Anordnung leere Vakuolen, die man unserer Meinung nach auch als Ausdruck des Kolloid-produzierenden Vorganges ansehen muß. Dies um so mehr, da man hier und da in Zellen neben solchen leeren Vakuolen noch kolloidgefüllte antreffen kann, bzw. am Rand größerer Vakuolen noch einen halbmondförmigen Schleier von kolloider Substanz bemerken kann.

In der nun folgenden Übersicht, die eine Beziehung der Kolloideinlagerungen zwischen Hirngesunden und Hirnkranken, eine solche zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht und schließlich eine solche zwischen den verschiedenen Lebensaltern zeigen soll, sind nur diejenigen Fälle als kolloidproduzierend angegeben worden, in welchen sich tatsächlich solches vorfand. Es besteht kein prozentualer Unterschied zwischen der Kolloidanwesenheit in Zellen Hirngesunder und Hirnkranker. Bezüglich des Geschlechtes beobachtet man ein ganz geringes aber statistisch nicht zu verwertendes Überwiegen beim weiblichen Geschlecht. Was das Lebensalter anbelangt, so kann man etwa vom 25. Lebensjahr ab ein sicheres Überwiegen der »kolloidenthaltenden« Gehirne im Vergleich zu den kein Kolloid enthaltenden feststellen. Man darf jedoch nicht übersehen, daß auch im frühesten Kindesalter Kolloid in den Zellen der hypothalamischen Kerne gefunden wird, ebenso wie die Tatsache erwähnt werden muß, daß man selbst bei in höherem Alter Verstorbenen in den Zellen des Hypothalamus Kolloid vermissen kann. Was die Menge der Kolloideinlagerungen bzw. der Vakuolen anbelangt, so finden wir sie gewöhnlicherweise reichlich erst vom 40. Lebensjahre an.

Über diese allgemeinen Feststellungen hinaus haben wir versucht, Beziehungen der Kolloidproduktion im Zwischenhirn zu innersekretorischen Störungen und einigen Psychosen festzustellen. Es ist nicht nur nach den anatomischen, am Tier und Mensch erhobenen Befunden, sondern auch auf Grund zahlreicher experimenteller physiologischer Versuche sehr verlockend, von einer »Zwischenhirndrüse« (*Scharrer* und *Gaupp*) zu sprechen. Unser Gedankengang war der, vielleicht bei einigen innersekretorischen Erkrankungen, sowie bei einigen Psychosen eine besondere Aktivität, bzw. eine auffallende Stille in der Zwischenhirndrüse festzustellen. Von neun in verschiedenem Alter im Coma diabeticum verstorbenen Menschen haben wir das Zwischenhirn in Serienschnitten untersucht. Zwei dieser Fälle zeigten eine stärkere Kolloid-, bzw. Vakuolenbildung. Die übrigen sieben Fälle zeigten eine auffallende Armut an Vakuolen, wie sich auch Kolloid höchstens in je einer Zelle der hypothalamischen Kerne fand. Ob jedoch aus diesem Befund eine gewisse Beziehung zwischen der Tätigkeit der Zwischenhirndrüse und dem Diabetes mel-

litus herausgelesen werden darf, können erst weitere Untersuchungen zeigen. Vier Fälle von Basedow-Kranken, zwei Fälle von Athyreosen, ein Addison-Fall ließen die Feststellung eines bestimmten Verhaltens der Kolloidproduktion in den vegetativen Kernen der Regio hypothalamica nicht zu. Bei vier Fällen von Akromegalie zeigten zwei im Supraopticus und Paraventricularis starke Kolloidbildung, in den beiden anderen war sie jedoch ebenso wie die Vakuolenbildung sehr gering. Es läßt sich zusammenfassend nach meinen Untersuchungen an innersekretorischen Erkrankungen also lediglich eine gewisse Beziehung der Zwischenhirndrüse zum Diabetes mellitus feststellen, über die jedoch erst nach weiteren Untersuchungen Bestimmteres gesagt werden kann.

Von 14 untersuchten Gehirnen von Schizophrenen zeigten acht Fälle reichliche Kolloid- und Vakuolenbildung im Supraopticus und Paraventricularis, in zwei Fällen auch im Tubero-mamillaris. Auffallend ist, daß fünf dieser reichlich Sekretion aufweisenden Fälle häufige Erregungszustände während ihrer Erkrankung zeigten. Das Alter dieser Kranken betrug zwischen 23 und 47 Jahren. Ob man jedoch daraus eine Beziehung ableiten darf, erscheint mir zum mindesten verfrüht. Fünf untersuchte Fälle von seniler Demenz zeigten übereinstimmend eine auffallend reichliche Kolloidproduktion in den Zellen des Supraopticus und Paraventricularis, in einem Fall auch des Tuberomamillaris. Man muß aber berücksichtigen, daß man in höherem Lebensalter häufiger Kolloidproduktion im Hypothalamus findet, wenn auch nicht unerwähnt bleiben soll, daß wir bei gleichalten und älteren Personen ohne klinische Erscheinungen einer senilen Demenz nur ganz geringe Vakuolen und Kolloidtropfenbildung in einzelnen Fällen sahen.

Das Ergebnis unserer Untersuchungen über die Beziehungen sekretorischer Vorgänge im Zwischenhirn zu einigen Psychosen und innersekretorischen Störungen ist ein bis jetzt noch wenig befriedigendes. Weitere Untersuchungen auf diesem Gebiete können erst die angedeuteten Vermutungen sicherstellen und darüber hinaus neue Ergebnisse bringen.

Kleist und *Pittrich*-Frankfurt a. M., Der »Hochschulfilm« in Neurologie und Psychiatrie (Haltungsverharren, Krampfanfälle, Sinnestäuschungen).

Durch die technischen Verbesserungen des Schmalfilms und durch die organisatorische Tat der Begründung einer Reichsstelle für den Unterrichts- und Hochschulfilm werden nunmehr die Schwierigkeiten zu überwinden sein, die der Entfaltung des Films als Mittel für Unterricht und Forschung bisher hinderlich waren.

Als psychiatrisch-neurologischer Hochschulreferent der Reichsstelle möchte *Kleist* die Gesellschaft deutscher Nervenärzte und Psychiater auf die neue Entwicklung hinweisen und ihre Unterstützung erbitten.

Die Krankheitserscheinungen bei nervösen und psychischen Störungen äußern sich in so weitem Umfange in Veränderungen des Bewegungsverhaltens, daß der Film als Unterrichts- und Forschungsmittel auf keinem Gebiete der Medizin eine größere Bedeutung besitzt wie auf der unsrigen. Die Reichsstelle wird aus den Semesterbeiträgen der Studierenden die Institute und Kliniken bei der Beschaffung von Filmvorführungsgeräten unterstützen, die Herstellung neuer wissenschaftlicher Filme finanzieren und geeignete schon vorhandene Filme erwerben und durch Kopien allgemein nutzbar machen. Herstellung und Auswahl von Filmen unterliegen der Beratung durch Sachver-

ständige. Eine Mitwirkung unserer Gesellschaft ist — nach dem Vorbilde der deutschen Gesellschaft für Physiologie — in der Weise möglich, daß neu hergestellte Filme bei den Jahresversammlungen vorgeführt werden und sich die Gesellschaft ein Urteil über dieselben zu bilden vermag, das der Reichsstelle auf deren Wunsch mitgeteilt werden kann. Neurologisch-psychiatrische Filme werden auf diese Weise auch bekannt gemacht, sodaß jeder, der für seine Klinik (Institut) Lehrfilme zu erwerben oder zu entleihen wünscht, in der Lage ist, sie vorher zu sehen und zu beurteilen. Um damit einen Anfang zu machen, führt *Kleist* Teile von drei neuen Filmen seiner Klinik vor.

1. Aus einem Film mit psychokinetischen Bewegungsstörungen: Bewegungsarmut, Haltungsverharren, Mitmachen (automatische Anspannung der Muskeln, deren Ansatzpunkte bei passiver Bewegung einander genähert werden), wächserne Biegsamkeit bei einem Kranken mit organischem Nervenleiden (multiple Sklerose?) ohne psychische Störungen.

2. Aus einem Film über epileptische Krampfanfälle: Tonische Krampfzustände, klonische Zuckungen und Anfälle mit verwickelten pseudospontanen Krampfbewegungen. In den tonischen Krampfzuständen weisen die häufig auftretende Streckstarre (nach Art einer Enthirnungsstarre) und die den Halsreflexen gleichenden Haltungen (z. B. Kopf nach links gedreht, linker Arm gestreckt, rechter gebeugt) auf Beteiligung des Mittelhirns hin.

3. Aus einem Film über Sinnestäuschungen, eigenartigen Bewegungsstörungen und Anfällen, beschrieben von Prof. *Beck*. Eine Kranke, bei der Schlafzustände und halluzinatorisch-delirante Zustände miteinander wechseln, läßt in ihren Reaktivbewegungen deutlich erkennen, daß sie plötzlich abscheuerregende und auf sie zu sich bewegende Gebilde (wahrscheinlich Tiere, Käfer oder dgl.) halluzinatorisch wahrnimmt, sie wegzuschieben, abzuwehren und von sich abzustreifen sucht. Diese Erscheinungen wiederholen sich bei jeder halluzinatorischen Erregung in genau der gleichen Weise.

Stier: Über die Deutung der nach Kopfverletzungen nachweisbaren vestibulären Symptome.

Vortragender hat seit 5—6 Jahren mit Prof. *Beyer* von der Berliner Universitäts-Ohrenpoliklinik mehrere hundert ihm zur Begutachtung überwiesener Patienten, die nach Schädelbruch oder Stößen gegen den Kopf über Schwindel, Kopfschmerzen usw. klagten, gemeinsam untersucht und bei den Fällen, bei denen eine Schädigung des eigentlichen Labyrinths auszuschließen und eine umschriebene Läsion des Groß- oder Kleinhirns nicht anzunehmen war, eine bestimmte Gruppierung von pathologischen Symptomen im Regelfall feststellen können, die als charakterisch für traumatische Schädigung angesprochen werden kann, und je nach der Intensität und Ausbreitung dieser Symptome auch einen Rückschluß auf die Glaubwürdigkeit der geäußerten Klagen und auf die Prognose gestattet. So hat sich gezeigt, daß die Labyrinthtonusdifferenz — also das stärkere, meist auch längere Ausschlagen des Nystagmus immer nach einer Seite, ohne Rücksicht auf die Art der Reizung und die gereizte Seite — in ihrer Intensität mit den Klagen über Schwindel im weitesten Sinne des Wortes parallel geht, also den Klagen über Schwindelanfälle, allgemeine Taumeligkeit, Schwindelgefühl beim Bücken und Aufrichten sowie beim Blick nach oben oder beim Anblick rasch fahrender Autos oder Wagen. Es hat sich weiterhin gezeigt, daß, wenn neben dieser Tonusdifferenz und meist auch halbseitig entsprechend dem stärker schlagenden Ny-

stagmus starke vasovegetative Symptome nach der experimentellen Reizung erkennbar waren — also Rötung oder Erblassen des Gesichts, Benommenheit bis zur Ohnmacht, Schweiß, Übelkeit, Erbrechen — die Intensität und Ausbreitung dieser Symptome der Intensität der Klagen über Kopfschmerzen, Schlafstörungen, ohnmachtsähnliche Anfälle oder Ermüdbarkeit und Verringerung der geistigen Leistungsfähigkeit auch weitgehend parallel geht. Als drittes, aber noch schwer deutbares Symptom findet sich in diesen traumatischen Fällen schließlich häufig eine offenbar auch charakteristische Störung des Zeigeversuchs, die darin besteht, daß nach allen oder einem Teil der experimentellen Reizungen die normalerweise zu erwartende Abweichung in der Hand der gereizten Seite ausbleibt. — Da alle postkommotionellen oder überhaupt posttraumatischen zerebralen Störungen allgemeiner Art als Folge und Ausdruck von Störungen des Blutumlaufs im Gehirn anzusehen sind, andererseits die Labyrinthtonusdifferenz und die vasovegetativen Störungen nach Reizung des Vestibularis grundsätzlich sich ausgleichen, also auf leichtere Störungen in der Durchblutung speziell des Hirnstamms, in der Gegend zwischen Augenmuskelkern, *Deiter*schem und Vaguskern hindeuten, erscheint es berechtigt, beide Symptomgruppen als objektiven Ausdruck einer solchen traumatisch bedingten Störung in der Regulierung des Blutumlaufs in diesem Hirngebiet anzusehen und damit als Maßstab für die Intensität und Glaubwürdigkeit der geklagten Beschwerden. —

In seltenen Ausnahmefällen wurden außerdem grobe und manchmal auch halbseitige Störungen in der Form des Nystagmus beobachtet, und zwar Ausbleiben des Nystagmus auf einem Auge nach vestibulärer Reizung, Richtungsveränderungen des Nystagmus, langsame, ganz unregelmäßige Augenbewegungen mit Verlust der schnellen Komponente, und auch Zurückweichen eines Auges oder beider Augen in die Mittellage, im Sinne einer Abducensschwäche, trotz intakter willkürlicher Augenbewegungen. Das aber sind die gleichen Störungen, wie sie bei Tumoren oder sonstigen umschriebenen Herden in den Vestibulariskernen und ihrer nächsten Umgebung gefunden sind, und dieser Erfahrung entspricht in den traumatischen Fällen die Tatsache, daß gerade diese an sich sehr seltenen traumatischen Fälle mit schwerer Formabweichung des Nystagmus, wie sieben Nachuntersuchungen gezeigt haben, im Gegensatz zu allen übrigen Fällen eine wenig gute Prognose aufweisen, d. h. zum mindesten für eine Reihe von Jahren eine Tendenz zu wirklichem Ausgleich vermissen lassen. Für diese Fälle anzunehmen, daß hier entsprechend den Anschauungen von *Ricker* über Prästase und Stase die Störung der Durchblutungsgeschwindigkeit der Gefäße auch zu kleinen Blutungen im Hirnstamm durch Diapedesis geführt hat, erscheint daher um so mehr berechtigt, als wir ja bei der zweifellos auch durch Dysfunktion des vasomotorischen Apparates bedingten Migräne Fälle kennen, in denen gleichfalls schwer ausgleichbare Augenmuskellähmungen, speziell im N. III, auftreten, die wir anders als durch Blutungen in das Kerngebiet im Hirnstamm uns nicht erklären können. Zu den Symptomen der einfachen Migräne stehen aber in unseren traumatischen Fällen die leicht ausgleichbare Labyrinthtonusdifferenz mit den begleitenden vasovegetativen Störungen, zu der ophthalmoplegischen Migräne die schwer ausgleichbaren Formabweichungen des Nystagmus, die wir ja auch auf Hirnstammblutungen beziehen müssen, weitgehend in Parallele. — Auch bei sorgfältigster Durchsicht des großen Materials haben sich bisher bei der Prüfung des Gleichgewichtsapparates charakteri-

stische symptomatologische Unterschiede zwischen den Fällen, bei denen das Kopftrauma zu einer Hirnerschütterung geführt hatte, und den andern Fällen, die ohne Hirnerschütterung verlaufen sind, bisher nicht finden lassen. Die Begriffe organisch und funktionell verlieren nach diesen Untersuchungen immer mehr an Bedeutung.

Auf Vorschlag von Professor *Rüdin* wurde nachstehende Entschließung angenommen:

Neben der Pflege erbbiologischer bzw. eugenischer Probleme betrachtet die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater es als eine ihrer Hauptaufgaben, die Individualtherapie, wo sie erfolgreich sein kann, tatkräftig zu fördern. Insbesondere gilt dies für diejenigen Nervenerkrankungen, die erfahrungsgemäß allein chirurgischer Behandlung zugängig sind, wie Geschwülste, Abszesse und Verletzungen des Zentralnervensystems, gewisse Formen der Epilepsie und Schmerzzustände; hinzu kommen Operationen im Sympathicus, plastische Operationen bei Folgezuständen nach traumatischer und entzündlicher Schädigung des Nervensystems u. a. m.

Von wenigen Ausnahmen abgesehen, hat die chirurgische Behandlung neurologischer Krankheiten in Deutschland bisher nur wenig befriedigende Erfolge aufweisen können. Die Ursache der bisherigen Mißerfolge liegt in der Eigenart des Zentralnervensystems begründet, das sich operativen Eingriffen gegenüber anders verhält wie andere Organe des menschlichen Körpers. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Neurochirurgie als ein Sonderfach zu entwickeln, wie das bereits in anderen Ländern (Amerika, England, Frankreich, Schweden, Holland) geschehen ist mit dem Ergebnis, daß hier die Neurochirurgie im Gegensatz zu Deutschland zu hoher Entwicklung gelangt ist.

Die Beziehungen der Neurologie zur Neurochirurgie sind sehr eng, weil einerseits der Neurologe den Neurochirurgen für die operative Behandlung der Nervenkrankheiten benötigt und weil andererseits der Neurochirurg nicht nur bei der Diagnose und Indikationsstellung sondern auch in bezug auf die Versorgung zahlreicher Fälle, die nicht in seinen Bereich gehören, aber durch seine Hand gehen und ferner auch in bezug auf die Laboratoriumsmethoden auf die Mitarbeit des Neurologen angewiesen ist.

Wir würden es deswegen nicht für richtig halten, wenn isoliert dastehende neurochirurgische Kliniken entwickelt würden. Da, wo die Vereinigung von Neurologie und Neurochirurgie in einer Hand, die große Anforderungen an das Können und an die Arbeitskraft eines einzelnen Menschen stellt, nicht verwirklicht werden kann, halten wir es für unbedingt notwendig, daß zum mindesten eine neurologische und eine neurochirurgische Abteilung stets eine enge Dachgemeinschaft miteinander eingehen. In welcher Form dieses Problem organisatorisch zu lösen ist, hängt von den örtlichen Verhältnissen ab.

Im Interesse der Sache muß auch in Zukunft die Zahl der neurochirurgischen Abteilungen eine beschränkte sein, da die Zahl der neurochirurgischen Kranken im Allgemeinen eine begrenzte sein wird, und der Erfolg doch gerade hier abhängig ist von dem Maß der persönlichen Erfahrung und Übung.

Im Zeitpunkt des Wiederaufbaus der deutschen Wehrmacht hält es die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater für ihre Pflicht, dem Heeressanitätswesen durch tatkräftige Förderung der Neurochirurgie, die für die Behandlung von Verletzungen des Nervensystems eine besonders große Bedeutung hat, helfend zur Seite zu stehen. Um diesen Anforderungen genügen

zu können, ist ein Ausbau bereits vorhandener neurochirurgischer Abteilungen und eventuell die Neueinrichtung weiterer Abteilungen im engsten Anschluß an neurologische Kliniken dringend erforderlich. Die Gesellschaft bittet den Herrn Reichs- und Preußischen Minister für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung, überall da, wo neurochirurgische Arbeit in vorher gezeigtem Sinne aufblüht, sie auf das nachdrücklichste unterstützen zu wollen.

Der Reichsleiter: *Rüdin.*

III. Sitzung der psychiatrischen Abteilung (4. IX.).

Vorsitz vormittags *Bumke*-München, nachmittags *Pohlisch*-München:

5. Bericht: *Nitsche*-Pirna-Sonnenstein und *Ruttke*-Berlin: Rassedienstliche Gesichtspunkte und Mitarbeit des Psychiaters bei Auslegung und Ausgestaltung des Familienrechts.

(Diese Berichte eignen sich nicht für kurze Wiedergabe. Sie erscheinen als besondere Artikel in dieser Zeitschrift. Außerdem ist eine Veröffentlichung in Buchform (im Verlage Walter de Gruyter & Co., in Berlin W 35) beabsichtigt.

Aussprache: Dr. *Linden*-Berlin (Oberregierungsrat): Bei der Eröffnung des internationalen Kongresses für Bevölkerungswissenschaft hat der Reichsminister *Frick* erklärt, daß das Sterilisierungsgesetz nicht das A und O der deutschen Rassegesetzgebung sein kann, sondern daß der Hauptwert auf eine sorgfältige Eheberatung zu legen sei. Herr Professor *Nitsche* hat Vorschläge gemacht, die durchaus begrüßenswert sind und die sich durchaus in der Richtung bewegen, wie wir die Überlegungen auch im Reichsministerium des Innern angestellt haben. Was die Ehescheidung betrifft, so muß m. E. erst die pekuniäre Frage zur Entscheidung gebracht werden. Bereits heute schon ist ja die Ehescheidung unter Umständen möglich, wenn der eine Ehegatte an Geisteskrankheit erkrankt. Der andere Ehegatte wird aber durch die auf ihm lastenden Verpflichtungen an einer neuen Eheschließung gehindert. Wenn diese Frage gelöst ist, wird man an eine Erweiterung der bereits geltenden Bestimmungen denken können.

Der Streit zwischen Amtsärzten und Psychiatern ist müßig, da jeder Arzt wissen muß, welche Fälle er selbst entscheiden kann und wo er beim Psychiater Rat holen muß. Auch bei der Schaffung von Eheverboten wird selbstverständlich eine Beschwerdeinstanz geschaffen werden, die es ermöglicht, auch den Psychiater gutachtlich zu hören.

Villinger-Bethel: Zur Verhütung von Fehlentwicklung und bei umkämpften Kindern in geschiedenen Ehen erscheint eine Abänderung des § 1636 dahin notwendig, daß dem nichtsorgeberechtigten Elternteil das Recht des Verkehrs mit dem Kind dauernd entzogen werden könne, wenn er sich als unfähig oder unwürdig erweist. Dafür sprechen umfangreiche jugendpsychiatrische Erfahrungen aus der Sachverständigenpraxis bei den Vormundschaftsgerichten.

Spiecker-Duisburg: beanstandet die Mängel der jetzigen Vorbildung der Amtsärzte auf psychiatrischem Gebiet, insbesondere auch die Erleichterungen des amtsärztlichen Examens, die das Urteilsvermögen der Amtsärzte auf dem ihnen überwiesenen Gebiete ganz insbesondere auf dem der verlangten Ehezeugnisse, noch mehr einzuschränken drohen; verlangt Nachholung der notwendigen Vorbildung, Weiterfortbildung durch Teilnahme an Kursen und Lehrgängen und Sicherungen gegen Fehlgutachten.

Siebert-Kronach: Der Amtsarzt ist gleichsam Hausarzt seines Amtes. Der gute Hausarzt zeigt sich darin, daß er zur richtigen Zeit den Facharzt angeht. Man muß freilich die Beamten und auch die Erbgesundheitsgerichte dazu erziehen, daß sie das dem Amtsarzt nicht verübeln. Wenn einmal die Zeugnisse vor der Eheschließung gesetzlich werden, dann wird wiederum dasselbe Verhältnis statthaben. Der Amtsarzt wird die vielen Fälle aufzuarbeiten haben, deren Verarbeitung wahrscheinlich die Neurologen und Psychiater gar nicht berührt.

Wenn jetzt die Anforderungen bei der Anstellung von Amtsärzten vermindert worden sind, so ist das wohl nur eine augenblickliche Notmaßnahme, wegen des geringen Zuganges zur Laufbahn des Amtsarztes.

Hahn-Frankfurt: knüpft an die Forderung der Abschaffung des Besuchsrechts der Kinder aus geschiedenen Ehen an und bittet in gleicher Weise den § 1666 BGB. zu ändern. Die Bedingung, daß unfähigen Eltern das Erziehungsrecht nur entzogen werden kann, wenn ihnen ein Verschulden nachgewiesen wird, ist heute nicht mehr haltbar. Die moralische Wertung ist nicht mehr ausschlaggebend. Geisteskranke, Schwachsinnige müssen ebenso wie eugenisch, so auch in der Aufzucht ausgeschaltet werden können.

Weygandt-Hamburg: Umschaltungen im amtsärztlichen Bereich hinsichtlich Vorbildung und Wirkungsbereich müssen kommen, sobald die staatliche Vereinheitlichung Deutschlands gänzlich durchgeführt ist. Bislang sind die Vorbedingungen noch verschieden; mancherorts braucht der werdende Amtsarzt überhaupt nicht einmal in einer Irrenanstalt hospitiert zu haben. Leider erfolgt Zuziehung von Psychiatern selten und ist in abgelegenen Amtsbezirken sehr schwierig.

Bei etwaigen Entscheidungen über Eheerlaubnis und -verbot werden sich die Amtsärzte nicht nur auf persönliche Untersuchung und Eindrücke stützen, sondern vorwiegend auch auf Anamnese, besonders hinsichtlich der Blutsverwandtschaft. Es muß für jeden Menschen ein Gesundheitspaß ausgestellt werden, der darüber möglichst erschöpfende Auskunft gibt, eine schwierige, aber doch sehr wohl ausführbare Aufgabe. Nicht nur in den Amtsakten sollen die Ergebnisse liegen, sondern gerade im Sinne der Volkserziehung sollte jeder seinen Gesundheitspaß selbst zu verwahren verpflichtet sein. Bisher ließen sich leider Tausende eher ein Horoskop aufstellen, als etwa einen Stammbaum. Ist ein Gesundheitspaß allgemein eingeführt, so werden sich die Ehekandidaten vielfach schon von vornherein auf seiner Grundlage verständigen und gegebenenfalls von ihrem Plan Abstand nehmen. Selbstverständlich bedarf das BGB. eines gründlichen Umbaues, das bisher etwa 500 Paragraphen zum Schutz der materiellen Erbschaft eines Kindes enthält, aber keinen einzigen zugunsten seines gesundheitlichen körperlichen und geistigen Erbes.

Schröder-Leipzig: Die Verwahrung vermindert zurechnungsfähiger Verbrecher in Heil- und Pflegeanstalten.

Nach der Novelle vom 24. XI. 1933 ordnet das Gericht bei v. z. Rechtsbrechern, gerade wie bei den zurechnungsunfähigen, Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt an. Nur ein gewisser Teil von ihnen wird gleichzeitig als »gefährlicher Gewohnheitsverbrecher« sicherheitsverwahrt (in einer Strafanstalt) werden können.

Nach den Feststellungen von *Nitsche* waren Juli 1935 in sämtlichen

öffentlichen deutschen Irrenanstalten 463 Personen gemäß § 42 der Novelle untergebracht, davon galt mehr als $^1/_3$ für v. z.

Nach dem Bericht der Amtlichen Strafrechtskommission fallen auch »Psychopathen« unter den Begriff der v. Z., wenn ihre Abweichungen erheblich sind. Die deutschen Psychiater haben seit langem gegen die Unterbringung gerade der schweren Psychopathen unter den Rechtsbrechern in unsern Heilanstalten gekämpft, weil sie unvereinbar sei mit dem Geist der Anstalten als Krankenhäuser.

Vortr. regt an, daß die deutschen Heil- und Pflegeanstalten binnen kurzem berichten über ihre bisherigen Erfahrungen seit dem 1. 1. 1934, insbesondere auch darüber, ob die in den meisten Bezirken offenbar auf dem Verwaltungswege erfolgte Zusammenlegung aller v. z. Rechtsbrecher in einer bestimmten Anstalt oder Abteilung genügend erscheint, den Charakter der Heilanstalten als solcher zu wahren.

Andernfalls müßte befürwortet werden ein Zusatz zu § 42 der Novelle vom 24. XI. 1933 des Inhalts: Für solche v. z. Rechtsbrecher, welche ungeeignet für eine Heil- und Pflege-Anstalt sind (wegen Unbeeinflußbarkeit, Unheilbarkeit), kann Sicherungsverwahrung angeordnet werden, auch wenn sie nicht »gefährliche Gewohnheitsverbrecher« i. S. des Gesetzes sind.

Meggendorfer-Erlangen: Die Abgrenzung des krankhaften Schwachsinns gegen die physiologische Beschränktheit.

Die Intelligenzprüfung allein vermag in Grenzfällen nicht zum Ziele zu führen; aber auch der Nachweis von Störungen der frühkindlichen Entwicklung, von frühzeitigem Versagen in der Schule, der Notwendigkeit einer Versetzung in die Hilfsschule, des Versagens in einfachen selbständigen Berufen und des sozialen Abgleitens vermag nur den Verdacht auf Schwachsinn zu erwecken. Diese Umstände erlauben noch keine brauchbare Grenzziehung. Weiter führt dagegen folgende Überlegung: In der langen Reihe fließender Übergänge von hoher Begabung zu tiefem Schwachsinn sind zwei ihrem Wesen nach ganz verschiedene Arten von Begabungsschwankungen enthalten, einerseits die normalen Variationen der Begabung und andererseits die krankhaften Schwankungen von leichter Debilität bis zu schwerer Idiotie. An Stelle des aussichtslosen Versuches, den Grenzpunkt zwischen Schwachsinn und Beschränktheit zu finden, gilt es zu entscheiden, ob ein durch die Intelligenzprüfung oder das Versagen in Schule und Leben offenbar gewordener Mangel der Verstandestätigkeit der krankhaften Schwankungsreihe angehört. Hierfür spricht bei Grenzfällen: Unbeherrschtheit des Trieblebens, sexuelle Hemmungslosigkeit, moralische Minderwertigkeit, Süchtigkeit, Neigung zu asozialem und antisozialem Verhalten, Schädelmißbildungen und Entartungszeichen. Aber auch lediglich in der Familie nachweisbare Anomalien auf psychischem und körperlichem Gebiete können bei Grenzfällen ihre Zugehörigkeit zur krankhaften Schwankungsbreite zeigen, so insbesondere Fälle von Schwachsinn bei Blutsverwandten, aber auch Fälle von Geisteskrankheit, Haltlosigkeit, Süchtigkeit, Kriminalität und vorwiegend erblich bedingten organischen Gehirn- und Nervenkrankheiten. Besonders bemerkenswert ist jedoch, daß alle diese Gesichtspunkte nur bei Grenzfällen einen Ausschlag herbeiführen können; bei Vorliegen von ausgesprochenem Schwachsinn sind sie nicht von Belang.

Erscheint ausführlich in der Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.



Karl Pönitz-Halle: Die ärztliche Beurteilung der »Dummheit« vor dem Erbgesundheitsobergericht.

Referent berichtet über seine Erfahrungen als Obergutachter beim Erbgesundheitsobergericht. Am häufigsten wird er zur Entscheidung der Frage herangezogen, ob man lediglich eine physiologische Dummheit annehmen solle oder einen sog. medizinischen Schwachsinn, der Sterilisierung verlange. Referent versucht die Gründe darzulegen, warum die Begutachtung dieser Grenzfälle besonders schwierig ist. Er weist zunächst auf die Erfahrungstatsache hin, daß — im Gegensatz zu den anderen im Erbgesundheitsgesetz erwähnten Krankheiten — der Laie sich schwer dazu entschließt, leichtere und mittlere Formen von Schwachsinn als Krankheit anzuerkennen, daß er Schwachsinn nicht anders wertet wie schön und häßlich, gut und böse, usw. Aus dieser Einstellung heraus ist die Stellungnahme der Laien zu verstehen, wie man sie in den Akten oft findet. Vom ärztlich-wissenschaftlichen Standpunkt aus liegt die Schwierigkeit zunächst darin, daß bei der Diagnostizierung und Wertung des Schwachsinns, das Untersuchungstechnische noch recht unvollständig ist. Keinesfalls darf der Arzt sich auf eine formale Intelligenzprüfung beschränken. Auf jedem Fall muß er versuchen, die »Lebensprobe« zu beachten, auch wenn zuzugeben ist, daß mancher Schwachsinnige scheinbar im Leben nicht versagt, obwohl er doch dem Sinne des Gesetzes nach zu sterilisieren ist. Weiterhin liegt die Schwierigkeit darin, daß der Schwachsinn begrifflich noch recht ungenügend begrenzt ist. Es ist undurchführbar, Störungen der Intelligenz völlig vom Charakterologischen zu trennen. Es ist nicht nur erlaubt, sondern es ist notwendig, daß in allen Fällen, jedenfalls in den Grenzfällen, die Charakterstruktur eines Menschen mit berücksichtigt werden muß, da nur so die intellektuelle Leistungsfähigkeit abgeschätzt werden kann. Daß und wie trotz der aufgezeichneten Schwierigkeiten der Gutachter im Sinne des Gesetzes richtig ärztliche Entscheidungen treffen kann, führt der Verfasser dann aus, wobei er insbesondere auf seine in der Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie erschienene Arbeit »Zur Diagnostik und sozialen Bedeutung des angeborenen Schwachsinns« verweist.

Aussprache: *Kretschmer*-Marburg: »Entartungszeichen« dürfen bei der Beurteilung des Schwachsinns nicht nur vereinzelt und stichprobenweise herangezogen werden; vielmehr ist stets der gesamte körperliche Konstitutionsstatus zu erheben. In Grenzfällen von leichtem Schwachsinn sprechen gehäufte Dysplasien für eine biologisch ins Gewicht fallende Gesamtminderwertigkeit und damit auch für die Sterilisierung. Umgekehrt beweist ein tadelloser körperlicher Status nicht allein gegen Schwachsinn; wohl aber wird er zur nochmaligen Überprüfung der psychischen Daten veranlassen.

Schröder-Leipzig: Schwachsinn oder besser: verstandesmäßige Unterbegabung ist, wie andere Befähigungen, nur eine der vielen seelischen Seiten und Richtungen eines jeden Menschen. Sie ist in ihrer Richtung für den Einzelnen wie für die Gemeinschaft lange einseitig überschätzt worden. Erblicher Schwachsinn ist zum mindesten nicht in dem gleichen Sinne eine Krankheit wie Schizophrenie, MDJ und Epilepsie. Von Dummheit zu Schwachsinn führen fließend alle Übergänge, eine Grenzziehung kann nur willkürlich sein, muß aber für die Praxis irgendwo geschehen. Ein ganz anderer Gesichtspunkt für die völkische und soziale Wertung eines erblich Unterbegabten ist die Mitbewertung seiner übrigen seelischen Seiten (gewöhnlich Charakter oder Charakter und Temperament genannt). Diese und die verstandesmäßige Be-

gabung sind voneinander völlig unabhängig. Schwachsinn allein hat auch mit Kriminalität wenig zu tun, für sie ist in erster Linie ausschlaggebend das Charaktergefüge.

Die der Deutschen Erbmasse in ihrer Gesamtheit drohende Gefahr des Absinkens auf ein tieferes intellektuelles Niveau ist zur Genüge erörtert und bekannt (*Hartnacke*). Der Kampf dagegen erscheint sehr viel schwieriger als der gegen die erblichen Geisteskrankheiten; wir können und müssen ihn unterstützen helfen im Sinne der negativen ausmerzenden Eugenik, den Kampf gewinnen muß die positive Eugenik.

Kleist-Frankfurt: Auch ich habe bei der Beurteilung des leichteren Schwachsinns — als Gutachter und als Mitglied eines Erbgesundheitsobergerichts — den Hauptwert auf begleitende charakterliche Mängel und bedenkliche psychopathische Eigenschaften gelegt. Dabei habe ich mich aber stets sorgfältig gehütet, solche Eigenschaften als Äußerungen des Schwachsinns selbst erscheinen zu lassen, wie es öfter in Gutachten und Entscheidungen geschieht; sondern ich habe mich darauf beschränkt zu erklären, daß durch nebenhergehende psychopathische Mängel das Gewicht eines an sich nur unerheblichen Schwachsinns bedenklich verstärkt werde. Schwachsinn und Psychopathie müssen begrifflich scharf auseinandergehalten werden, sonst verfällt man wieder in die jahrelang überwundene Vorstellung eines »moralischen Schwachsinns«, während Moral und Intelligenz nichts miteinander zu tun haben. Es wäre daher zu wünschen, daß auch die Psychopathien mit charakterlichen und gemeinschaftswidrigen Mängeln in das Gesetz z. V. e. N. einbezogen würden. Dann wäre es nicht mehr notwendig, bei der Verbindung von Schwachsinn und Psychopathie im Wesentlichen auf Schwachsinn abzustellen, und es würden dann auch die weit gefährlicheren intelligenten psychopathischen Gemeinschaftsschädlinge getroffen.

Meltzer-Großhennersdorf: Ich freue mich der unmißverständlichen Erklärung der Referenten und des Herrn Professor *Schröder*-Leipzig, daß der angeborene Schwachsinn, soweit er nicht organisch bedingt ist, eigentlich keine Krankheit ist, sondern, wie ich bei meinem Referate über Idiotie im Jahre 1905 in Dresden zusammen mit *Weygandt* — damals noch in Würzburg — schon betont habe, eine Species des homo sapiens nach der minderwertigen Seite hin sei wie der geniale Mensch nach der hochwertigen Seite hin. Ich zog damals daraus die praktischen Folgerungen, erntete aber bloß Abweisung. Ja *Tuczek*-Marburg sagte, ich gösse Wasser in den psychiatrischen Wein. Wie recht ich gehabt habe, haben inzwischen auch andere Psychiater eingesehen. Freilich konnte ich damals nach vierjähriger Praxis an einer Schwachsinnigenerziehungsanstalt noch keine schlüssigen Beweise bringen. Aber meine Intuition von damals hat sich in den folgenden 30 Jahren der Praxis namentlich an jugendlichen Schwachsinnigen als richtig erwiesen. Es gibt keine Grenze zwischen dem gehirn- und nervengesunden physiologisch Dummen oder Unbegabten und demjenigen, den der Mediziner oder Pädagoge schon schwachsinnig nennt. Deswegen kann dieser »Schwachsinn« auch nicht als Erbkrankheit (Defektpsychose!) bezeichnet werden, sondern höchstens als eine meist erbliche Abnormität, die natürlich mit vollem Rechte wie andere Abnormitäten unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und dort nach wie vor an die erste Stelle gehört, weil sie weit mehr als andere von sozialer Bedeutung für den Aufbau unsres Volkes ist. — Weil die Degenerationszeichen tatsächlich ein äußerer Anhaltspunkt für

die seelische und körperliche Abnormität sein können, haben sie für mich niemals ihre ihnen vor etwa 20—30 Jahren beigelegte Bedeutung verloren.

Rüdin-München:

Siebert-Kronach: Nach Erfahrungen des Amtsarztes ist bei der Bevölkerung vielfach der Wunsch, daß die charakterologischen Fälle ergriffen werden (Gesindelhaftigkeit). Aber der Amtsarzt muß diese Fälle noch ablehnen. Die Schwierigkeit für den Amtsarzt ist weniger die Diagnose, die kann er dem Psychiater weitgehend überlassen, sondern die Schwierigkeit ist: die Fälle zu bekommen, da er ja die Fälle sich vorführen lassen muß, ehe er die entscheidenden Dinge erfahren haben kann. Er hat hier Stellung des Untersuchungsrichters. Aber es schädigt ihn im Volke, wenn Leute vorgeführt werden und dann als nicht unter das Gesetz fallend bezeichnet werden.

Kaldewey-Eickelborn (unter Hinweis auf die Diskussionsbemerkung von *Schröder*): Man soll die Intelligenzfrage nicht überwerten. Was uns als Volk groß gemacht hat, ist nicht alleine die Intelligenz, sondern andere auf dem Gebiet des Charakters, des Glaubens, der Sehnsucht, des Fleißes, der Opferbereitschaft liegende Werte. Die Frage des Schwachsinns ist eine Frage, die vom Volke an den einzelnen gerichtet wird. Es ist heute nicht mehr an der Zeit, die Frage des Schwachsinns allein vom individuellen und familiären Standpunkt aus zu beleuchten. Die Frage muß lauten, ob der einzelne im Stande und in der Lage ist, die an ihn gestellten Forderungen der Allgemeinheit nicht nur intellektuell, sondern auch charakter- und gemütsmäßig zu erfüllen. — Zur Disk.-Bemerkung *Kretschmer* wird gesagt, daß eingehende Würdigung körperlicher Zustände von den Anstalten in ganz intensiver Weise zu erfolgen hat. Gerade beim Schwachsinn muß mit einer Mehrung der uns als Degenerationszeichen bekannten Merkmale gerechnet werden, wobei die embryologischen Verhältnisse der Entstehung von Z.N.S. und Haut mit Anhangsgebilden ausschlaggebende Bedeutung haben.

Ritter-Tübingen: warnt davor, eine ortsübliche Meinung oder das Schulurteil als alleiniges Kriterium für den Intelligenzgrad und den Erbwert eines Menschen zu benützen. Sorgfältige erbbiologische Untersuchungen über Schulleistungen der Glieder aufeinanderfolgender Generationen zeigten derartige mögliche Fehlerquellen auf. Als Beispiel hierfür beschreibt er einen Fall, der bewies, daß eine Mutter mit völlig ungenügendem Schulzeugnis, die mit einem schwachsinnigen Mann verheiratet war, dennoch das Intelligenzniveau ihrer Kinder zu heben vermochte. Die Ursache hierfür lag darin, daß die recht unansehnliche, schüchterne und leicht kränkelnde Frau in ihren Schuljahren oft den Unterricht hatte versäumen müssen und infolge einer gewissen Vernachlässigung nicht mitkam. Erst die ererbte bessere Intelligenz der Kinder machte darauf aufmerksam, daß die Mutter nur eine schlechte Schulbildung und nicht eine mangelhafte Intelligenz besaß.

Behnsen-Lübeck:

Gaupp-Tübingen: Das Bedürfnis, das Ster.-Ges. sinngemäß anzuwenden, hat allmählich — namentlich in der Praxis der Erbges.-Gerichte — dazu geführt, den Begriff des Schwachsinns immer mehr zu erweitern, ja bis zur Unkenntlichkeit umzubiegen. Intelligente Hallunken und unerfreuliche Asoziale werden zu Schwachsinnigen gestempelt, um sie unfruchtbar machen zu können, wobei man dann die Diagnose des vorwiegend ethischen oder moralischen Schwachsinns anwendet. Ich halte dieses Verfahren nicht für richtig, es mindert auch das Ansehen des Arztes und unserer Wissenschaft

beim Richter und Laien, dem es nicht einleuchten kann, daß man einen intelligenten Kriminellen oder Asozialen wegen »Schwachsinns« sterilisieren will. Richtiger ist, die Lücke im Gesetz zu betonen und den Gesetzgeber zu bitten, auch die asozialen Psychopathen und erblich degenerativen Kriminellen in das Gesetz einzubeziehen. Wo natürlich ein leichter Schwachsinn nachgewiesen werden kann, da sollen die etwa gleichzeitig vorhandenen ethischen Defekte bei der Entscheidung vollauf berücksichtigt werden.

Lange-Chemnitz: Der beamtete Arzt ist oft über die guten Zensuren in den Zeugnissen von Hilfsschülern erstaunt. Es muß hierbei jedoch beachtet werden, daß Hilfsschul- und Anstaltslehrer die Leistungen ihrer Schüler von einer ganz anderen Warte beurteilen. Sie geben z. B. eine III dort, wo die Normalschule mit einer IV zensieren würde usw.

In letzter Zeit haben Erbgesundheitsrichter hin und wieder die Beobachtung gemacht, daß sich Leichtschwachsinnige von Fachärzten Zeugnisse ausstellen lassen, daß sie an keiner Erbkrankheit, insonderheit nicht an angeborenem Schwachsinn leiden. Da solchen Imbezillen vielfach die Fragen des amtlichen Intelligenzprüfungsbogens vorgelegt werden, die sie evtl. schon mehrfach gehört haben (beim beamteten Arzt, bei der Vernehmung im Erbgesundheitsgericht) gelingt es ihnen nicht selten, den prüfenden Arzt zu täuschen, der sich nach einigen gut beantworteten Fragen zufrieden gibt. Diese Zeugnisse werden dann zur Wiederaufnahme des Verfahrens benutzt und bereiten den Erbges.-Ger. unnötige Arbeit.

Luxenburger-München: Zwillingspathologische Untersuchungen im schizophrenen Kreis.

Die Genpenetranz und die drei Gruppen von Umweltfaktoren.

Manifestationsschwankungen als Ausdruck einer herabgesetzten Genpenetranz haben ihre Ursache in der Wirkung von Umweltfaktoren. Die verschiedenen Gruppen von Umweltfaktoren, ihre Art und ihre Wirkungsweise für jede Erbkrankheit, bei der Manifestationsschwankungen bestehen, richtig zu erkennen, ist von großer Bedeutung für die Erb- und Individualgesundheitspflege.

Ich teile die Umwelt folgendermaßen ein:

Kennzeichnung vom Phänotypus her:	Innere Umwelt		äußere Umwelt
Substrat:	Genotypus	Zytoplasma	Außenwelt
Kennzeichnung vom Genotypus her:	Genotypische Umwelt	Paratypische Umwelt	

Insbesondere führe ich den Begriff der zytoplasmatischen Umwelt oder besser des Zytoplasmas als Faktor der inneren und der paratypischen Umwelt in die menschliche Erblehre ein. Manche Befunde gerade im schizophrenen Kreis lassen sich erst durch die Annahme, daß auch das Zytoplasma einen Einfluß auf die Manifestation des Genotypus und auf die Manifestation von Teilanlagen ausübt, befriedigend erklären.

Für den Nachweis der Wirkung der einzelnen Untergruppen der Um-

welt und zu Abschätzung dieser Wirkung habe ich entsprechende Methoden angegeben.

1. Die innere Umwelt wird von der äußeren abgegrenzt durch die kombinierte Untersuchung von Zwillingen und Kindern kranker Elternpaare.

Feststellung der Wirkung der Außenwelt.

2. Die Wirkung des Zytoplasmas als Umwelt wird von der Gesamtumweltwirkung abgegrenzt durch eine spezielle hier angegebene Methode der Familien- und Zwillingsforschung.

Feststellung der Wirkung des Zytoplasmas.

3. Dadurch wird es möglich, auch die Wirkung der genotypischen Umwelt festzustellen, indem man von der Gesamtumweltwirkung die Wirkung der Außenwelt und des Zytoplasmas abzieht.

Feststellung der Wirkung des Genotypus.

4. Schließlich ergibt sich die Wirkung der paratypischen Umwelt durch Summierung von 1. und 2. und der inneren Umwelt durch Summierung von 2. und 3.

5. Die Gesamtumweltwirkung kann direkt an Kindern kranker Elternpaare festgestellt werden. Dies gilt in erster Linie für recessive Leiden.

Soweit das heute vorliegende Material es gestattet, wurde eine praktische Anwendung dieser Methoden versucht.

Vorläufige Ergebnisse im schizophrenen Kreis:

1. Die Gesamtmanifestationsschwankung und damit die Wirkung der Gesamtumwelt ist mit Vorsicht auf 0,366 (36,6%) zu veranschlagen.

2. Die durch die innere Umwelt bedingte Manifestationsschwankung errechnet sich zu 0,176 (17,6%) oder etwa 48% der Gesamtschwankung.

3. Die durch die äußere Umwelt bedingte Schwankung errechnet sich zu 0,190 (19%) oder etwa 52% der Gesamtschwankung.

4. Über den Grad der Wirkung des Zytoplasmas als Umweltfaktor läßt sich noch nichts aussagen, doch wurde die Tatsache, daß mit einer solchen Umweltwirkung bei der Schizophrenie zu rechnen ist, durch eine entsprechende Analyse der Kinderschaften Schizophrener wahrscheinlich gemacht. Die dort erhobenen Befunde sprechen jedenfalls nicht gegen eine solche Annahme.

Wenn nämlich mit einer manifestationsfördernden Wirkung des homonomen, einer manifestationshemmenden des heteronomen Zytoplasmas zu rechnen ist, so müssen wir unter den Kindern aus Verbindungen schizophrener Frauen mit keimgesunden Männern mehr schizoide Psychopathen finden, als in den Kinderschaften aus Verbindungen schizophrener Männer mit keimgesunden Frauen. Schon eine ganz einfache Untersuchung der Kinder von Schizophrenen wird uns bei entsprechender Gruppenbildung also einen gewissen Aufschluß über die Rolle der zytoplasmatischen Umwelt liefern können. Außerdem muß unter den Enkeln der kranken Frauen die Schizophreniequote höher sein, als unter den Enkeln der schizophrenen Männer. Finden sich keine Unterschiede,

so ist anzunehmen, daß das Zytoplasma für die Manifestierung der Schizophrenie bedeutungslos ist, treten Unterschiede im entgegengesetzten Sinne auf, so darf man vermuten, daß gerade das heteronome Zytoplasma manifestationsfördernd wirkt, während dem homonomen eine hemmende Bedeutung zukommt. An und für sich könnten die Ergebnisse auch im Sinne der Mitbeteilung zytoplasmatischer Vererbung gedeutet werden. Ich möchte aber, solange nicht unwiderlegbare Gründe zur Aufgabe dieses Standpunktes zwingen, an der Lehre von den Genen als den alleinigen Erbträger festhalten.

Untersucht man nun die Kinder von Schizophrenen auf das Auftreten schizoider Psychopathen und trennt nach dem Geschlecht der Eltern, so ergibt sich tatsächlich ein deutlicher Unterschied nach der zu erwartenden Richtung hin. Die Auszählung wurde von *Kallmann* durchgeführt, ohne daß er meine Fragestellung kannte; er konnte also in keiner Weise voreingenommen sein. An dem Enkelmaterial lassen sich heute die Untersuchungen noch nicht durchführen, da für die Großeltern- und Zwischengeneration gewisse Voraussetzungen notwendig sind, die nur bei einem eigens zu diesem Zwecke gesammelten Material sich befriedigend erfüllen lassen. Der Versuch einer summarischen soll aber an diesem Material später doch gemacht werden.

Wird einmal eine Berechnung des Anteils der zytoplasmatischen Umwelt an der Gesamtumwelt und damit auch der paratypischen im ganzen möglich sein, so ist die Feststellung des Grades der zytoplasmatischen Umweltwirkung von erheblicher praktischer Bedeutung. Es lassen sich Erbleiden denken, bei denen die paratypische Umweltwirkung ausschließlich auf Konto des Zytoplasmas zu setzen ist, gleichgültig, ob daneben noch ein Einfluß des Gesamtgenotypus vorliegt oder nicht.

Für solche Fälle ist dann trotz starker (und zwar paratypischer) »Umweltbedingtheit« eine rein schicksalsmäßige Entstehung und ein rein schicksalsmäßiger Verlauf der Erbkrankheit anzunehmen, da kein individualprophylaktisches und kein individualtherapeutisches Eingreifen etwas an dieser Art der paratypischen Umweltwirkung wird ändern können, vielmehr alles der eugenischen Ausmerze überlassen bleiben muß. Umgekehrt wird eine scharfe Trennung der Wirkung der Außenwelt von der des Zytoplasmas und des Genotypus (der inneren Umwelt also) jene Erbkrankheiten aufzeigen, bei denen eine kausale Individualtherapie und Prophylaxe besondere Erfolge erwarten läßt. Die große grundsätzliche Bedeutung solcher Untersuchungen für die Volksgesundheitspflege liegt also auf der Hand. Sie helfen mit, daß die eugenische und die ärztliche Praxis an diejenigen Objekte herangeführt wird, an denen sie stärkste Wirkung entfalten kann.

Prüfung der Realität von Manifestationsschwankungen.

Manifestationsschwankungen haben nur dann eine biologische und damit rassenhygienische Bedeutung, wenn sie als real angesehen werden dürfen. Die aus der Diskordanzziffer der eineiigen Zwillinge errechnete Manifestationsschwankung der Erbschizophrenie kann nur dann Anspruch auf Realität geltend machen, wenn

1. die eineiigen Zwillingsprobanden der diskordanten Paare wirklich echte Schizophrenien darstellen und

2. die Eiigkeit in allen zur Untersuchung herangezogenen Fällen praktisch gesichert ist.

Zur Prüfung der ersten Voraussetzung steht die familienbiologische Analyse der Geschwisterschaften zur Verfügung. Es muß gelten:

a) Die Erkrankungswahrscheinlichkeit an Schizophrenie muß in den Geschwisterschaften aller Zwillinge derjenigen entsprechen, die für die Geschwister schizophrener Einlinge gilt.

b) Die Erkrankungswahrscheinlichkeit an Schizophrenie muß in den Geschwisterschaften der einzelnen Zwillingskategorien (EZ, ZZ, PZ) die gleiche sein wie in den Geschwisterschaften der Gesamtzwillinge.

c) Die Erkrankungswahrscheinlichkeit an Schizophrenie darf in den Geschwisterschaften der diskordanten EZ nicht niedriger sein, als in denen der konkordanten.

Voraussetzung ist, daß die Berechnungen unter Gleichrichtung des Altersaufbaus und unter Berücksichtigung der Beschaffenheit der Eltern durchgeführt werden.

Es zeigte sich, daß diese Bedingungen alle erfüllt sind. Die mittlere Erkrankungswahrscheinlichkeit beträgt für die Geschwister der Zwillinge 0,118 gegenüber 0,129 für die Geschwister von Einlingen, die Geschwisterschaften der einzelnen Zwillingskategorien zeigen Werte, die kaum voneinander abweichen (alle Zwillinge 0,118, EZ 0,114, nicht EZ 0,119) und die Geschwister der diskordanten EZ erkranken nicht nur nicht seltener, sondern in unserem Material sogar häufiger an Schizophrenie als die Geschwister der konkordanten.

Die zweite Voraussetzung kann statistisch überprüft werden durch den Vergleich der gefundenen EZ mit den nach der Differenzmethode zu erwartenden, wenn man sowohl die Überlebenswahrscheinlichkeit der EZ als auch die Korrelation der Überwahrscheinlichkeit zwischen den Paarlingen in richtiger Weise in Rechnung setzt.

Auch diese Prüfung ergab ein völlig befriedigendes Resultat. Die Übereinstimmung zwischen Erfahrung und Erwartung war 1,05, also praktisch 1.

Schließlich lassen sich beide Voraussetzungen überprüfen durch eine Stastitik des Erkrankungsalters der konkordanten EZ im Vergleich mit dem der konkordanten ZZ, PZ und Geschwister. Wenn die kranken, also konkordanten EZ in bezug auf das Erkrankungsalter nicht wesentlich stärker übereinstimmen als die konkordanten ZZ, PZ und Geschwister, so spricht dies für die Realität der Manifestationsschwankungen. Denn wenn keine solchen vorlägen, die Diskordanzen also lediglich eine Folge falscher Diagnosen oder Eiigkeitsbestimmungen wären, müßte man erwarten, daß so stark penetrante, von der Umwelt nicht abhängige Gene auch den Zeitpunkt der Manifestation weitgehend übereinstimmend gestalten würden.

Die Prüfung des Erkrankungsalters hat nun eine deutlich höhere Erkrankungsalterskonkordanz der EZ gegenüber dem Durchschnitt der übrigen Gruppen (Abstand im Erkrankungsalter bis zu 2 Jahren: 42,1% gegenüber 17,0%) ergeben. Zugleich konnte aber auch festgestellt werden, daß weder eine rein zwillingsbiologische Erklärung noch die Annahme der »Erblichkeit«

des Erkrankungszeitpunkts noch die Heranziehung der äußeren Umwelt als ursächliches Moment eine befriedigende Erklärung für die gefundene Mehrkonkordanz der EZ gegenüber allen anderen, eine gleichviel niedrigere Übereinstimmung aufweisenden Gruppen zu liefern vermag. Es ist vielmehr, wie sich zeigen ließ, sehr wahrscheinlich, daß die innere Umwelt für die Erhöhung der EZ-Konkordanz verantwortlich zu machen ist. Daraus darf auf eine bestimmende Rolle der inneren Umwelt beim Ausbruch der Schizophrenie überhaupt geschlossen werden, und zwar scheint sich die Wirkung im Sinne einer Hemmung der Manifestation geltend zu machen. Wir stellten folgende Hypothese über die Manifestation der Schizophrenie auf:

»Die Erkrankung an Schizophrenie ist erblich bedingt, unterliegt aber erheblichen Manifestationsschwankungen. Der Zeitpunkt der Manifestation wird wahrscheinlich durch die innere Umwelt reguliert, so zwar, daß diese hemmend auf das Bestreben der Anlage wirkt, sich im Erscheinungsbilde durchzusetzen. Diese innere Umwelt kann aber lediglich eine Verzögerung der Manifestation erreichen. Damit die Manifestation völlig unterbleibt, die Anlage sich also überhaupt nicht durchsetzt, müssen neben der inneren Umwelt auch noch äußere Umweltreize in Tätigkeit treten, da sonst die Diskordanzen bei EZ nicht möglich wären. Die manifestationsfördernde Rolle der Umwelt wird durch diese Hypothese nicht berührt. Nach dem heutigen Stande der Forschung müssen wir eine Wirkung der Umwelt nach beiden Richtungen hin annehmen.«

Die Annahme der inneren Umwelt als Faktor, der den Zeitpunkt des Ausbruchs der Schizophrenie reguliert, läßt sich ohne weiteres mit der Tatsache vereinbaren, daß die schizophrene Anlage sich in einem bestimmten Hundertsatze der Fälle überhaupt nicht durchsetzt. Die Mehrkonkordanz der EZ spricht also nicht gegen die Realität der Manifestaionsschwankungen. Es besteht auch nach dieser Prüfung keine Veranlassung, zu vermuten, daß die Diskordanz der EZ auf falsche klinische oder zwillingsbiologische Diagnosen zurückzuführen ist.

Zur Frage: Polymerie oder Monomerie.

Eine unter mendelistischen Fragestellungen durchgeführte Untersuchung der Geschwisterschaften schizophrener Zwillinge und schizophrener Einlinge hat ergeben: Auch wenn man eine hohe Manifestationsschwankung und einen erheblichen technischen Fehler mit in Rechnung setzt, lassen sich weder die Ziffern bei Heterozygotenkreuzung noch die bei der Kreuzung rezessiver Homozygoter x Heterozygoter befriedigend mit der Erwartung bei Monomerie in Einklang bringen. Immerhin kommen sie ihr so nahe (0,218 gegen 0,250), daß man die Monomerie wieder stärker in den Bereich der Möglichkeit ziehen muß als man es in den letzten 20 Jahren glaubte wagen zu dürfen.

Bericht *Roemer*-Illenau: Die erbbiologische Bestandsaufnahme in den Krankenanstalten.

Die von der Reichsregierung als Grundlage für die erb- und rassenpflegerischen Maßnahmen beschlossene erbbiologische Bestandsaufnahme des deutschen Volkes bezweckt die Feststellung der Erbgesundheit durch Erfassung der erbkranken, der erblich hochwertigen und der erbgesunden Linien. Aus praktischen und arbeitsökonomischen Gründen wird man bei der Bestandsaufnahme

in erster Linie die erbkranken Sippen erfassen, um dann zu den erblich hochwertigen und schließlich zu den erblich gesunden Linien fortzuschreiten. Da die Erbkranken überwiegend psychische Kranke sind, fällt der psychiatrischen Bestandsaufnahme die Hauptrolle bei dieser Arbeit zu. Hierbei geht man am besten von den zur amtlichen Kenntnis z. B. gelegentlich der Unfruchtbarmachung gelangenden Erbkranken aus und gelangt so am raschesten zu den psychisch erbkranken Sippen, in denen die nachzuweisenden erblich Geisteskranken und Abwegigen verhältnismäßig nahe beisammen aufzufinden sind. Die Lösung dieser Aufgabe ist nur unter der planmäßigen Mitwirkung der Heil- und Pflegeanstalten in absehbarer Zeit zu ermöglichen. da sie einen großen Teil dieser Erbkranken aufnehmen und namentlich mit Hilfe ihres Außendienstes deren Sippenangehörige am einfachsten und zuverlässigsten fachpsychiatrisch erfassen können. Auf Grund dieser Erwägung sind in verschiedenen Gebieten Deutschlands Versuche mit einer solchen Erfassung der psychisch erbkranken Sippen unternommen worden, wobei verdienstvolle Pionierarbeit geleistet wurde, so z. B. von *Astel*-Weimar, dem Schöpfer des Thüringischen Landesamtes für Rassenwesen, von *Vellguth d. Ä.*-Dresden im Sächsischen Erbgesundheitsamt, von *Stemmler*-Wiesbaden in der erbbiologischen Zentralstelle für das Land Nassau. Außerdem haben zahlreiche psychiatrische Kliniken und Landesheilanstalten mit der planmäßigen Verzeichnung der Sippenverhältnisse der zugehenden Erbkranken begonnen, um die psychiatrische Bestandsaufnahme für umschriebene Gebiete in die Wege zu leiten. Alle diese Versuche haben wertvolle Erfahrungen gezeitigt, zugleich aber die Dringlichkeit eines einheitlichen Vorgehens im ganzen Reich erwiesen. Die Arbeitsgemeinschaft der Anstaltsdezernenten beim Deutschen Gemeindetag hat daher eine erbbiologische Kommission mit der Ermittelung des zweckmäßigsten Verfahrens beauftragt. Diese hat unter sachverständiger Beratung von Herrn Professor *Rüdin* die verschiedenen bisher geübten Verfahren eingehend geprüft und sich schließlich mit dem Reichsministerium des Innern darauf geeinigt, der Arbeitsgemeinschaft der Anstaltsdezernenten, die den Gesundheitsämtern durch Erlaß des Reichsministeriums des Innern vom 21. Mai 1935 IVf 3060/1075b betr. Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege vorgeschriebenen Arbeitsmittel für die Einführung bei den Heilanstalten vorzuschlagen[1]). Es sind dies: eine Personalkarteikarte, eine Sippentafel und eine Sammelmappe, die von der Anstalt für jeden Kranken anzulegen sind. In der Sippentafel werden die geneologischen und fachpsychiatrischen Feststellungen über die Sippschaftsverhältnisse des Prüflings listenmäßig niedergelegt; sie wird nach Fertigstellung nebst den eingegangenen Unterlagen von der Anstalt in der vorgeschriebenen Sammelmappe archivmäßig verwahrt. In der Karteikarte werden alle wichtigen Verhältnisse des Prüflings sowie die Verweisungen auf kranke Sippenangehörige verzeichnet; ein Stück der Karteikarte kommt in die Anstaltskartei, ein zweites geht mit einem Durchschlag der Sippentafel an das Gesundheitsamt des Wohnortes des Prüflings und ein drittes gleichfalls mit einem Durchschlag der Sippentafel an die erbbiologische Landeszentrale, die in manchen Gebieten heute schon vorhanden ist und in den übrigen Gebieten durch eine

[1]) Der Erlaß findet sich in der von der Reichsdruckerei in Berlin zu beziehenden Schrift »Grundsätze für die Errichtung und Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege«.

mit dieser Funktion besonders zu beauftragenden Anstalt vorläufig ersetzt wird. In die Landeskartei sollen außer den Erbkranken auch sämtliche näheren Blutsverwandte des Prüflings auf besonderen Personalkarten aufgenommen werden. Auf diese Weise muß es gelingen, die psychisch erbkranken Linien eines umschriebenen Gebietes in absehbarer Zeit zu erfassen und die einzelnen Glieder dieser Sippen für die Praxis der rassenhygienischen Maßnahmen in den Landeskarteien nachzuweisen. Die Durchführung dieses ebenso wichtigen wie verantwortungsvollen psychiatrischen Teiles der Bestandsaufnahme seitens der Heilanstalten erfordert von den Anstaltsleitern die Gewährleistung einer sorgfältigen Diagnostik und von den Verwaltungen die Einstellung einer genügenden Anzahl von Ärzten und Hilfspersonen. Die Anstaltsärzte müssen durch Entlastung von aller mechanischen Arbeit noch mehr als bisher für die eigentliche psychiatrische Tätigkeit frei gemacht werden. In der Zeit des Ärztemangels wird daher die Gewinnung und Heranbildung eines geeigneten fachärztlichen Nachwuchses die Voraussetzung dafür bilden, daß die Heilanstalten ihren unentbehrlichen Beitrag zu der für die Erb- und Rassenpflege unentbehrlichen psychiatrischen Bestandsaufnahme in sachgemäßer Weise und mit der erforderlichen Beschleunigung leisten können.

Selbstbericht. (Erscheint ausführlich in der Zeitschrift für psychische Hygiene.)

Aussprache:

Stemmler-Wiesbaden: Der von der erbbiologischen Kommission des Deutschen Gemeindetages ausgearbeitete Organisationsplan für die erbbiolog. Bestandsaufnahme in den Landesheilanstalten ist von den maßgebenden Stellen gebilligt worden, wenn wir auch in den letzten 24 Stunden noch einige Änderungen in den vorgeschlagenen technischen Arbeitsmitteln auf Wunsch des Herrn Ministerialdirigenten Dr. *Gütt* vornehmen mußten. Aber es ist m. E. eine Frage zweiter Ordnung, welche Karteikarten und welche Sippschaftsbogen verwendet werden. Die Hauptsache ist, daß richtig und fachmännisch gearbeitet wird und daß der Psychiater in die erbbiologische Bestandesaufnahme eingebaut ist und den Platz erhält, der ihm nach seinem Wissen zukommt. Das liegt auch im Interesse einer einwandfreien erbbiolog. Bestandesaufnahme, die nur dann von Wert ist, wenn sie sich bei der Erfassung der erbkranken Sippen auf fachärztliche Untersuchung und Begutachtung jedes einzelnen Sippenangehörigen gründet. Eine Bestandsaufnahme durch Laien ist wertlos und würde zu völlig falschen Schlüssen über den Erbwert des deutschen Volkes führen. (Die einzuführenden technischen Arbeitsmittel — Karteikarte, Sippentafel, Sippschaftsbogen und Mappe — werden herumgereicht.)

Kranz-Breslau: Diskordantes soziales Verhalten eineiiger Zwillinge.

(Eigenbericht.)

Wesentlich größere Gleichartigkeit der eineiigen Zwillinge gegenüber den zweieiigen findet sich bei umweltstabilen Merkmalen. Je komplizierter die untersuchten Merkmale sind, um so häufiger werden wir gewisse Diskordanzen erwarten müssen, vor allem bei den Ausdrucksformen der Gesamtperson, die nicht nur ein Spiegel des Erbbildes, sondern Re-Aktionen bestimmter Art darstellen, die freilich von den vorhandenen Reserven der

Aktionsmöglichkeit wesentlich bestimmt sind. Eine solche komplizierte Ausdrucksform ist auch das soziale Verhalten.

Aus einem Serienmaterial von kriminellen Zwillingen werden 10 Fälle ausgesucht und dargestellt, die sozial diskordantes Verhalten bei eineiigen Zwillingen betreffen. An derartigen Paaren läßt sich die Reichweite von Umwelteinflüssen am besten ablesen.

In vier Fällen läßt sich der Einfluß eingreifender Krankheiten auf das individuelle Lebensschicksal aufzeigen. Beim ersten Fall leidet der sozial Erfolglosere und zugleich auch Kriminelle an einem jugendlichen Parkinsonismus, sein Partner ist gesund und sozial unauffällig. Im zweiten Fall ist umgekehrt der sozial Unauffällige im Alter von 10 Jahren zum Teilkastraten geworden, seine Lebensliste verläuft viel ruhiger als die des kriminellen Bruders. In einem dritten Fall trifft den von Kind an Labileren von zwei Brüdern im Kriege ein exogener Schaden, er wird mit 50% K.D.B.-Rente als Nervenkranker entlassen und gleitet schnell in Kriminalität ab, während der andere sich sozial unauffällig verhält, aber doch wenig Erfolg hat. In einem vierten Fall handelt es sich bei zwei Brüdern, deren einer eine stete Entwicklungskurve zeigt, wogegen der andere ein entwurzeltes Leben geführt hat, um zwei verschiedene Ausprägungen der gleichen epileptischen Veranlagung.

In einigen weiteren Fällen ist ein bestimmter Krankheitseinfluß nicht so deutlich, doch zeigt sich hier auch ein Bruch im Leben des sozialeren Paarlings, zuweilen sogar eine Neigung zu Äquivalenten der Kriminalität.

So hält sich der Paarling eines seit dem Kriege erheblich Entgleisten zwar im allgemeinen im normalen Arbeitsprozeß, führt aber doch nebenher einen erbitterten Rentenkampf querulatorischer Färbung. Ein weiterer Partner eines seit der Pubertätszeit asozial gewordenen Fürsorgezöglings erweist sich mindestens als unfähig, den gewöhnlichen Anforderungen des Lebens standzuhalten. Bei diesem Paar setzt zudem mit der Pubertätszeit eine hormonal divergent gesteuerte körperliche Entwicklung ein. Ein drittes Paar unterscheidet sich charakterlich sehr wenig, beide sind Alkoholiker, jedoch kommt der eine Paarling unter dem Anreiz des gefährlichen Provisionsvertretertums in der Inflationszeit zu einer Serie von Betrugsdelikten, während der andere unter dem Einfluß seines Berufes als Kriminalist sich zwar auch abseits des Rahmens beruhigter Bürgerlichkeit bewegt, aber doch besonders zu eignem Wohlverhalten aufgefordert wird.

In zwei Fällen entzieht sich der nicht- oder wenig kriminelle Paarling durch frühzeitiges Verschwinden ins Ausland der objektiven Kontrolle, setzt damit aber auch gleichzeitig die Haltlosigkeit des andern in seiner Weise um.

So sind in einem weiteren Fall beide hyperthymische und gleichzeitig geltungssüchtige Psychopathen, die mit Schwindel und Hochstapelei sich durchs Leben schlagen. Einer bleibt in Deutschland und kommt letzten Endes mit seinen Betrugsmanövern nicht durch, der andere rettet seine zweifelhafte Existenz rechtzeitig in einen halbzivilisierten Staat hinüber, wo er es schließlich zu einer geachteten Position bringt. In einem weiteren Falle ist bei einem Paarling eine nicht abreißende Serie von Straftaten bekannt, die in unmittelbarem Zusammenhang mit seinem Verhältnis zu einer Prostituierten beginnt. Außerdem steigert er sich immer mehr in hysterische Entäußerungen hinein. Der andere ist seit dem Kriminalitätsbeginn des Bruders dauernd über die Welt als Matrose gereist und entzieht sich damit jeder Kontrolle. Unfähigkeit zur Verwurzelung und der Drang, das Leben mit immer neuen Spannungen zu laden, findet sich bei beiden.

In einem letzten Fall ist das Abgleiten des einen Partners kaum zu erklären, wenn man nicht der Tatsache entscheidende Bedeutung beimessen will, daß der eine unter starke Versuchungen zu gewagten Geschäften in der Inflationszeit geriet, von wo ab sein sozialer Abstieg einsetzte. Der andere wurde durch einen Zufall von diesen Gefahrenmomenten bewahrt.

An den Einzelfällen ließ sich zeigen, daß oft genug soziale Diskordanz bei eineiigen Zwillingen nur eine scheinbare ist, und daß der Bruch im Leben des einen sich in anderer Form auch im Leben des Paarlings wiederfindet, nur von glücklicheren äußeren Umständen überbrückt oder irgendwie sublimiert, daß man aber andererseits mit schicksalsmäßigen Einbrüchen in das Leben der Einzelperson zu rechnen hat, die die vorhandenen Kraftreserven zu Reaktionen aufruft, welche schwer vorherbestimmbar sind. In diesen Fällen wird dann auch die soziale Prognose schwerlich mit einiger Sicherheit gestellt werden können.

(Der Vortrag erscheint in ausführlicher Form in der Zeitschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.)

Stumpfl-München: Über die Art der Erbanlage bei Schwerkriminellen.

Aus äußeren Gründen muß ich Ihnen den Vortrag über Psychopathie und Vererbung schuldig bleiben und das Thema des anderen Vortrags über Anlage und Umwelt bei kriminellen Zwillingen abändern. Es lautet jetzt: Über die Art der Erbanlage bei Schwerkriminellen.

Nachdem die Zwillingsforschungen, die wir *Lange* verdanken, gezeigt hatten, daß die Erbanlage für das Zustandekommen von Kriminalität von erheblicher Bedeutung ist, insonderheit da, wo es sich um schwere Begehungsformen handelt, war die nächste Aufgabe die Beantwortung der Frage nach der Art der hier in Betracht kommenden Erbanlagen.

Ich will Ihnen einige der wichtigsten Ergebnisse mehrjähriger Familienforschungen vorlegen, ohne auf unsere Methoden und die Beweisgründe näher einzugehen. Die Untersuchung ist aufgebaut auf einer von Prof. *Rüdin* angeregten Gegenüberstellung von Schwerkriminellen und Leichtkriminellen und zwar handelt es sich um 195 Rückfallsverbrecher und 166 Einmaligbestrafte. Die Ausgangsfälle selbst und ihre Verwandten wurden durch eingehendes Aktenstudium und durch persönliche Erhebungen in den Familien, bei Pfarrern, Lehrern, Gendarmeriekommissaren und anderen Auskunftspersonen im Hinblick auf ihren gesamten Lebenslauf genau durchforscht. Die Zahl der persönlich besuchten Verwandten beträgt 1747, die Zahl der überhaupt erfaßten Verwandten mehr als 18000.

Eigene Voruntersuchungen hatten ergeben, daß Kriminalität in den Sippen von Schwerkriminellen wesentlich häufiger vorkommt als in den Sippen von Leichtkriminellen. (Brüder: R. 37%, E. 10%, Vettern: R. 18%, E. 5%). Auf Umwelteinflüsse sind diese erheblichen Unterschiede nicht zurückzuführen und zwar deshalb, weil sich unter Berücksichtigung der Begehungsform und der Schwere der Kriminalität zeigen läßt, daß es sich bei den Schwerkriminellen um eine von dem Individuum bzw. von seinen Eltern selbstgeschaffene und von den Ausgangsfällen aus tieferen Gründen bejahte, nicht um eine aufgepfropfte, Umwelt handelt. Diese grundsätzlich wichtige Tatsache steht in Übereinstimmung mit den Erfahrungen, die an jugendlichen Verwahrlosten gemacht worden sind (*Gregor* und *Voigtländer*, *Schorsch*), sowie

mit den Ergebnissen von *Lange,* denn EZ und ZZ leben ja beide in gleicher Umwelt und doch tritt eigentliche Konkordanz — wir kommen auf den Konkordanzbegriff später noch zurück — nur bei EZ auf.

Es wurde nun darangegangen zu untersuchen, welcher Art die Erbanlagen sind, durch die sich Schwerkriminelle von anderen Persönlichkeiten abheben, und was sich über die Art ihres Erbganges aussagen läßt. Zunächst galt es zu entscheiden, ob die zugrundeliegenden Eigenschaften und Anlagen mit einem der großen Formenkreise der Schizophrenie, des manisch-depressiven Irreseins und der Epilepsie in einem tieferen Wesenszusammenhange stehen. Wenn solche Zusammenhänge bestehen, so müssen sie sich auch erbbiologisch nachweisen lassen.

Beginnen wir mit der Schizophrenie, so müßte offenbar der Nachweis erbracht werden, daß in den Sippen von Kriminellen Schizophrenie gehäuft vorkommen oder umgekehrt, daß in den Sippen von Schizophrenen gegenüber den Nichtschizophrenen der gleichen sozialen Schicht eine Häufung der Kriminalität besteht.

Das Ergebnis unserer Untersuchungen war eindeutig negativ. Weder gegenüber der Vergleichsgruppe noch gegenüber der Durchschnittsbevölkerung ließen sich derartige Unterschiede nachweisen. Die Untersuchungen bei verschiedenen Verwandtschaftsgraden führten dabei stets zu dem gleichen Ergebnis. In den Sippen Schizophrener besteht sogar eher eine Verminderung der Kriminalitätsziffer, jedenfalls aber keine Erhöhung, wenn man ausgesprochen Kranke außer Betracht läßt.

Ohne auf das Problem der schizoiden Psychopathen näher einzugehen, sei noch hinzugefügt, daß auch in den Sippen gemütloser, mit angeborener Gefühlsarmut behafteter Psychopathen keine Erhöhung der Schizophrenieziffer nachweisbar ist, daß es somit jeglicher Berechtigung entbehrt, wenn man in einem das Erbbild meinenden Sinn davon spricht, Schwerkriminelle seien überwiegend aus schizoiden Psychopathen zusammengesetzt. Rein erscheinungsbildlich lassen sich schizoide von nichtschizoiden Psychopathen nicht abgrenzen, schizoid im rein beschreibenden Sinne gebraucht, bedeutet demnach im Hinblick auf das Erbbild nichts anderes als psychopathisch schlechthin.

Zu grundsätzlich gleichen Ergebnissen gelangten wir hinsichtlich des manisch-depressiven Irreseins und hinsichtlich der Epilepsie. Tiefere Wesenszusammenhänge mit dem Schwerverbrechertum bestehen auch hier nicht. Eine Ausnahme hinsichtlich der Epilepsie macht nur eine verhältnismäßig sehr kleine Gruppe ausschließlicher Tätlichkeitsverbrecher.

Gegenüber diesen, auf grob faßbare psychiatrische Merkmale gerichteten Untersuchungen führten die psychopathologischen und charakterologischen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß zwischen sozialem Verhalten und Charakterbeschaffenheit tiefverankerte Zusammenhänge bestehen, die sich sowohl bei den Kriminellen, als bei den psychopathischen Verwandten nachweisen lassen. Parallel zu diesen seelischen Abnormitäten lassen sich auch an den unauffälligen Verwandten entsprechende normalcharakterologische Unterschiede aufweisen. Auch auf dem Gebiete der Körperkonstitution bestehen auffallende Unterschiede. In den Sippen der Schwerkriminellen ist der Anteil der sich einer ungehemmten Vitalität erfreuenden, lebensstrotzenden, körperlich Starken vergleichsweise außergewöhnlich groß, während in den Sippen der Leichtkriminellen körperliche Schwäche und Neigung zu funktionellen Stö-

rungen stärker hervortreten. Dieser Gegensatz ist einer der unmittelbarsten Eindrücke und findet seine Entsprechung auf seelischem Gebiete in einer gesteigerten Triebhaftigkeit und Hemmungslosigkeit bei der einen Gruppe, in einer Affinität zu den verschiedenen Typen der asthenischen Psychopathen bei der anderen.

In den Sippen der Schwerkriminellen überwiegen ebenso wie bei den Ausgangsfällen die Charakterabnormitäten der Hyperthymie, der Gemütlosigkeit und der Willenlosigkeit, indessen die gleichen Abnormitäten in den Sippen der Leichtkriminellen so gut wie vollkommen fehlen. Innerhalb jeder dieser Abnormitäten lassen sich Charakterstrukturen aufweisen, die familiär gehäuft vorkommen und auf Grund von Beobachtungen, die im einzelnen hier nicht wiedergegeben werden können, zweifellos auf vererbten Anlagen beruhen. Hinsichtlich der Hyperthymiker sei hervorgehoben, daß Beziehungen zum manisch-depressiven Formenkreis im allgemeinen fehlen. Die Anlage zu abnormen Stimmungsschwankungen im Sinne der Zyklothymie und die dauernd heitere Grundstimmung der hyperthymischen Persönlichkeiten haben erbbiologisch nichts miteinander zu tun.

Für die Psychiatrie ergibt sich aus den von uns ganz kurz skizzierten Befunden, daß zwischen Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein auf der einen und Psychopathie auf der anderen Seite keine erbbiologischen Zusammenhänge bestehen. Wir möchten hier nachdrücklich betonen, daß die Befunde aller Autoren, die hierüber exakte Untersuchungen an den Sippen von Psychopathen angestellt haben, die gleiche Deutung nahelegen, obgleich man sich in der Regel scheute, aus den Ergebnissen die notwendigen Schlußfolgerungen zu ziehen.

Für die Rassenhygiene ergibt sich, daß das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in seiner bisherigen Form nicht geeignet ist, auch nur die geringste Wirksamkeit im Sinne der Verbrechensverhütung zu entfalten, es sei denn, daß man sich auf die wenigen Schwachsinnsfälle beruft. Indessen haben unsere Untersuchungen über die durchschnittliche Kinderzahl bei Schwerkriminellen gezeigt, daß hier rassenhygienische Maßnahmen notwendig sind. Ich verweise nur auf die Tatsache, daß die Zahl der Nachkommen von Rückfallsverbrechern, die zum Ersatz ihrer Eltern bestimmt sind, bei den verheirateten Fällen größer ist (3,4) als bei einer entsprechenden Vergleichsgruppe Einmaligbestrafter (3,1). Daß rassehygienische Maßnahmen möglich sind, ergibt sich, wenn man überlegt, daß 75% der Kinder von Rückfallsverbrechern erst geboren werden, nachdem ihr Vater eine mindestens dreimonatige Gefängnisstrafe verbüßt hat, und daß eine intensivere Bearbeitung des Gebietes der Kinderpsychiatrie und Kindercharakterologie, wie sie neuerdings *Bürger-Prinz* gefordert hat, dazu verhelfen wird, verläßliche Frühdiagnosen zu stellen.

(Zuletzt zeige ich noch einige Tabellen und Abbildungen.)[1]

---

[1]) Zum Konkordanzbegriff bei kriminellen Zwillingen ist zu bemerken, daß man darunter nicht die Tatsache schlechthin verstehen darf, daß beide Partner bestraft wurden, sondern eine völlige Übereinstimmung auch hinsichtlich der Begehungsarten und ihrer seelischen Voraussetzungen. Man ersieht hieraus, daß der Begriff nur bei Mehrfachbestraften anwendbar ist. In diesem Sinne konkordant sind, von wenigen Ausnahmen abgesehen, alle eineiigen Schwerkriminellen.



v. Baeyer-München: Über die Erbbiologie der pathologischen Schwindler.

Runge-Chemnitz: Familiäres Vorkommen von sexuellen Triebanomalien.

Die Frage, ob sexuelle Triebanomalien familiär oder hereditär vorkommen, ist bisher nicht geklärt. Es liegen nur einige wenige Untersuchungen darüber bei Homosexuellen (*Wolf* u. a.) vor. Vortr. berichtet über eine Sippe, in der solche Triebanomalien gehäuft vorkamen. Die Erforschung ging von einer Probandin aus, einem jungen Mädchen, die psychopathisch und homosexuell war. Es fanden sich weiter folgende Fälle von Triebanomalien in der Familie: Der älteste Bruder der Mutter zeigt einen sehr starken Sexualtrieb und findet neben normaler Sexualbetätigung seine sexuelle Befriedigung hauptsächlich in der nächtlichen Beobachtung von Liebespärchen (Voyeur). Eine jüngere Schwester der Mutter zeigte ebenfalls eine außergewöhnliche sexuelle Triebstärke, verkehrte wahllos mit jungen und alten Männern, hat eine uneheliche Tochter. Diese ist offenbar ebenfalls nymphomanisch und soll 3 uneheliche Kinder haben. Der jüngste Bruder der Mutter ist Sadist und befindet sich wegen Erwürgung dreier Frauen beim Sexualakt und Notzucht an weiteren 3 Frauen lebenslänglich im Zuchthaus. Der Großvater der Probandin, Vater der erwähnten Geschwister war ebenfalls sexuell äußerst bedürftig und wurde wegen Notzucht eines geistig minderwertigen Mädchens mit Zuchthaus bestraft. Auch bei ihm waren sadistische Züge festzustellen. Die Schwiegermutter dieses Mannes (Urgroßmutter der Probandin) hatte 2 uneheliche Kinder, der Vater des einen (der Großmutter der Probandin) galt als »Luftikus«. — Weiter ist die große Zahl der unehelich geborenen in dieser Familie auffallend (13) —. Neben den Trägern der sexuellen Abwegigkeiten, die fast alle Psychopathen sind, finden sich außerdem weitere Psychopathen, Debile und Psychosen, die durchweg im Rückbildungsalter auftraten und z. T. sehr eigenartige Formen hatten. — Vortr. weist nach, daß das gehäufte Auftreten der sexuellen Anomalien nicht wesentlich durch Milieuwirkung bedingt sein kann, daß vielmehr endogene Faktoren dafür anzuschuldigen sind. Ihr Zustandekommen dürfte durch das Zusammenwirken verschiedener Erbfaktoren bedingt sein, die uns im Einzelnen noch nicht bekannt sind. Wahrscheinlich spielt die weit verbreitete abnorme Triebstärke in dieser Sippe neben den psychischen Anomalien dabei eine wesentliche Rolle. (Demonstration des Stammbaums.)

K. Leonhardt-Gabersee: Über Erblichkeitsverhältnisse bei atypischen Psychosen.

In den Familien atypischer Psychosen wurden, wie früher dargelegt (Z. Neur. 149), immer wieder atypische Psychosen festgestellt. Nur ein Fall fand sich, bei dem auf Grund des Familienbildes eine Mischpsychose, entstanden durch Zusammentreffen einer schizophrenen und manisch-depressiven Erbanlage, angenommen werden konnte. Ein Stammbaum, bei dem in besonders eindrucksvoller Weise 4 Glieder an der gleichen atypischen Psychose erkrankten, wird ergänzt. Die neuerdings überstandene atypische Psychose eines dieser Familienglieder wird kurz beschrieben, das Ergebnis weiterer Nachforschungen, wodurch die Psychose auch noch in der nächsthöheren Generationen (im ganzen dadurch in 3 Generationen) nachgewiesen wurde, wird mitgeteilt. Wenn die Ergebnisse der üblichen Auffassung,

daß atypische Psychosen ganz vorwiegend durch Mischung heterogener Erbanlagen entstünden, widerspricht, so fordert das zur Nachprüfung heraus. Diese sollte aber nur unter ähnlich nachdrücklicher Berücksichtigung des Krankheitsverlaufes erfolgen, wie es vom Verfasser, dessen Krankenmaterial in dieser Beziehung besonders günstig gelagert war, angestrebt wurde. Andernfalls müssen die Folgerungen zweifelhaft bleiben, denn nur der Verlauf klärt in vielen Fällen die Differentialdiagnose auf, nur die Beobachtung längerer Lebensabschnitte kann großenteils zeigen, ob eine belastende Verwandtenpsychose einem der großen Formkreise angehört oder etwa selbst wieder eine atypische Psychose darstellt. Dadurch daß den Untersuchern verschieden lange Beobachtungszeiten zur Verfügung standen, mögen sich die verschiedenen Resultate erklären.

Auszug: Dr. *B. Schulz*-München: berichtet im Auftrag von Professor *Rüdin* über neuere Untersuchungen von Dr. *Kallmann,* eines Mitarbeiters des Kaiser Wilhelm-Institutes für Genealogie und Demographie der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie über: Erbprognose und Fruchtbarkeit bei den verschiedenen klinischen Formen der Schizophrenie. (Mit 4 Tabellen.)

Um nachzuprüfen, welche Unterschiede zwischen den verschiedenen Formen der Schizophrenie in erbprognostischer und fruchtbarkeitsstatistischer Beziehung vorhanden sind und inwieweit sie eine Differenzierung der klinischen Auffassungen und damit auch der eugenischen Prophylaxe nötig machen, wurden die Nachkommenschaftsverhältnisse eines Berlin-Herzberger Schizophrenienmaterials von 1087 Ausgangsfällen für die Schizophreniegruppen der Hebephrenie, Katatonie und paranoiden Schizophrenie getrennt durchgeführt. Außerdem wurde aus schubartig verlaufenen, nichtverblödenden Schizophreniefällen als 4. Gruppe noch eine sogenannte »Schubgruppe« gebildet, wobei sich zwischen den paranoiden und schubartigen Fällen einerseits sowie der Hebephrenie und Katatonie andererseits ganz erhebliche Unterschiede sowohl hinsichtlich der Fruchtbarkeit, als auch hinsichtlich der Nachkommenschaftsprognose ergaben. Die letzteren beiden Gruppen wurden daher als Kerngruppe und die beiden anderen als Randgruppe der Schizophrenie zusammengefaßt.

Die Gesamtfruchtbarkeit der Probanden bleibt hinter der einer entsprechenden Durchschnittsbevölkerung weit zurück, ohne freilich damit einen die Selbstausmerzung der Schizophrenieanlage gewährleistenden Grad zu erreichen. Die Verminderung der Heiratsziffern wie auch der absoluten und ehelichen Fruchtbarkeit betrifft dabei in viel stärkerem Maße die Kerngruppe, als die Randgruppe. Die Hebephrenen und Katatonen heiraten kaum halb so oft, wie die Gesamtbevölkerung, und haben im Probandengesamtdurchschnitt nur wenig mehr als ein Kind, während die Fruchtbarkeit der Randgruppe höchstens um ein Drittel herabgesetzt ist und die der Paranoiden allein sogar noch viel weniger. Diese haben pro Probanden 4,2 und pro Ehe 4,6 Kinder, so daß sie beinahe an die Fortpflanzungsziffern einer entsprechenden, in diesem Falle also einer noch nicht geburtenbeschränkenden Allgemeinbevölkerung herankommen. Dafür weisen sie allerdings wieder mit 87% die größte Rate der präpsychotischen Fruchtbarkeit auf, welche sich für das Gesamtmaterial bei der Erkrankung auf 62% und bei der ersten Anstaltsaufnahme auf 70% stellt.

Die einzige Ausnahme von dieser Verteilungsart der Heirats- und Frucht-

Tabelle 1.

Differenzierte Fortpflanzung von 1047 Berliner Schizophrenen 1893—1902.

	Ledigenziffer bei			Absolute Kinderzahl pro Proband			Eheliche Fruchtbarkeit						
							Kinderzahl pro Ehe bei			Kinderzahl pro fruchtbares Ehejahr bei			
												Ausscheiden (insgesamt)	
	Erkrankung	Aufnahme	Ausscheiden (insgesamt)	vor Erkrankung	vor Erstaufnahme	insgesamt	Erkrankung	Aufnahme	Ausscheiden (insgesamt)	Erkrankung	Aufnahme	ohne Anstaltsjahre	mit Anstaltsjahren
Hebephrene .	73%	65%	58%	55%	66%	1,6	3,0	3,4	3,2	0,5	0,4	0,3	0,2
Katatone ...	79%	78%	64%	56%	67%	1,2	2,3	2,5	2,7	0,45	0,35	0,35	0,25
Paranoide ..	28%	27%	21%	87%	91%	4,2	4,6	4,6	4,6	0,5	0,4	0,35	0,3
Schub-Gruppe ..	76%	74%	27%	28%	37%	1,9	1,5	1,7	2,0	0,25	0,35	0,15	0,1
Insgesamt...	68%	64%	50%[1])	62%	70%	1,9	2,9	3,4	3,2[2])	0,5	0,4	0,3	0,2

[1]) Durchschnittsbevölkerung = 29%. [2]) Durchschnittsbevölkerung = 4,8.

Tabelle 2.

Schizophrenie-, Schizoidie- und Tuberkulosehäufigkeit bei den Kindern und Geschwistern der Probanden.

	Erkrankungswahrscheinlichkeit an Schizophrenie (abgekürztes Verfahren)		Schizoidiehäufigkeit (einschließlich Sonderlingen)		Tbk.-Todesfälle 20—50 Jahre, bezogen auf die Verstorbenen		
	Kinder	Geschwister	Kinder	Geschwister	Kinder	Geschwister	Probanden
Hebephrenie	20,7	12,6	31,9	9,4	54,6	33,2	21,4
Katatonie	21,6	13,4	30,2	10,2	59,1	36,7	27,6
Paranoide Schizophreni	10,4	8,9	35,6	12,4	42,3	29,6	17,2
Schub-Gruppe	11,6	9,5	31,7	12,0	47,6	30,9	19,6
Kerngruppe	20,9	12,9	31,4	9,7	55,2	34,6	23,8
Randgruppe	10,4	8,9	34,0	12,3	43,8	30,1	18,4
Insgesamt	16,4	11,5	32,6	10,5	53,4	33,8	21,6

barkeitsziffern bildet die Schubgruppe. Sie vermochte wegen ihres niedrigen Erkrankungsalters und der relativen Gutartigkeit ihrer Krankheitsform mit rund 50% die größte postpsychotische Heiratsziffer und mit 63% die stärkste Kinderrate nach der ersten Anstaltsentlassung zu stellen. Zweifellos geben also die am leichtesten verlaufenden Schizophreniefälle für die Unfruchtbarmachung gerade die allerdringlichste Indikation ab, obgleich auch sie in ihren späteren Ehen im ganzen wieder eine beträchtliche Verminderung ihrer absoluten Kinderzahl aufweisen und daher das Gesamtbild der ehelichen Schizophreniefruchtbarkeit nur noch verhältnismäßig wenig zu beeinflussen imstande sind. Aus diesem Grunde entfallen auch bei unserem Material zur Zeit der Erkrankung insgesamt doch schon 2,9 Kinder auf die einzelne Ehe und 0,5 Kinder auf ein fruchtbares Ehejahr, so daß die Unfruchtbarmachung der schizophrenen Merkmalsträger erst dann einen eugenischen Vollerfolg erhoffen läßt, wenn die präpsychotische Fruchtbarkeit in Zukunft auf dem Wege der Frühdiagnose erheblich vermindert werden kann.

Auch an den Ziffern für die Schizophreniehäufigkeit der Probandenkinder und -geschwister, welche insgesamt eine korrigierte Schizophrenieerwartung von 16,4% bzw. 11,5% aufweisen, ist die Kerngruppe jedesmal erheblich stärker beteiligt, als die Randgruppe, und zwar bei den Kindern etwa doppelt — und bei den Geschwistern fast anderthalbmal so oft. Eine unzureichende Umkehrung dieses Häufigkeitsverhältnisses zwischen den

Tabelle 3.

Die Beziehungen zwischen den Erbanlagen von Schizophrenie und Tuberkulose im Rahmen der Gesamtbelastung der verschiedenen Nachkommenschaftsgruppen der Probanden.

	Schizophrenie	Schizophrenieähnliche Psychopathen	Sonstige Psychopathen	Schwachsinn	Tbk.-Todesfälle 10—59 Jahre, bezogen auf die Beobachteten
Kinder	16,4[1])	32,6	17,0	6,7	13,6[1])
Enkel	4,3[2])	22,8	14,0	7,1	5,0[2])
Urenkel	—	3,4	13,8	7,5	3,2
Geschwister...	11,5[1])	10,5	10,7	3,3	9,1[1])
Halbgeschwister .	7,6	7,9	6,9	2,9	7,8
Neffen u. Nichten	3,9	6,2	9,6	2,7	7,1
Durchschnittsbevölkerung	0,85	2,9	3,5	1,5	6,4

beiden Hauptgruppen findet sich nur bei der Schizoidie, welche in der Kerngruppe mit 31,4 bzw. 9,7% und in der Randgruppe mit 34,0 und 12,3% zu erwarten ist. Dies läßt daran denken, daß sich unter der Blutsverwandtschaft der Randgruppenfälle wegen bestimmter konstitutioneller Gesetzmäßigkeiten eine größere Zahl manifestationsbehinderter Homozygoten befunden haben könnte, als in der Kerngruppe.

Ganz gleichartig wie die Schizophreniehäufigkeit verhält sich dagegen wieder die Tuberkulosesterblichkeit. Sie ist nicht nur im Gesamtmaterial stark erhöht, sondern auch bei den Kerngruppenfällen wesentlich mehr, als in der Randgruppe. Ebenso ist sie im ganzen bei den Probandenkindern größer, als bei den Geschwistern.

Am deutlichsten wird die grundsätzliche Bedeutung dieses häufigen Tuberkulosevorkommens für den schizophrenen Erbkreis, wenn man die Tuberkulosetodesfälle nicht auf die Verstorbenen, sondern auf die Beobach-

[1]) Verhältnis von Geschwistern zu den Kindern } Schizophrenie = 0,7%; Tuberkulose = 0,7%
[2]) Verhältnis von Enkeln zu den Kindern } Schizophrenie = 0,26%; Tuberkulose = 0,36%

Tabelle 4.

Differenzierung der Schizophreniehäufigkeit nach Elternkombinationen bei den Kindern und Geschwistern von Schizophrenen.

	Schizophreniehäufigkeit bei den Probandeneltern	Schizophreniehäufigkeit bei den Probandengeschwistern		Schizophrenieerkrankungswahrscheinlichkeit bei den Probandenkindern	
		Beide Eltern nicht schizophren ⊙ ⊙	Ein Elter schizophren, d. andere nicht schizophren ● ⊙	Ein Ehegatte unauffällig ●⊙ ●⊙	Beide Ehegatten schizophren ● ●
Eigenes Material	10,4	9,1	14,8—23,9	11,9	63,4
Gesamtmaterial Luxenburger-Schulz	16,1	8,1—11,4	11,7—16,7	—	53,0

teten der einzelnen Altersklassen bezieht. Dabei zeigt sich nämlich, daß die Tuberkulosesterblichkeit mit der Schizophrenieerwartung der einzelnen Nachkommenschaftsgruppen annähernd parallel verläuft. Ihre Übereinstimmung ist so weitgehend, daß sich bei der Bildung des Häufigkeitsverhältnisses von den Geschwistern zu den Kindern sowohl für die Schizophrenie, als auch für die Tuberkulose eine Verhältniszahl von 0,7% ergibt, während das entsprechende Verhältnis von den Enkeln zu den Kindern auch nur zwischen 0,26 und 0,36 differiert. Dieses Resultat beweist nicht nur das Vorhandensein ganz bestimmter korrelativer Beziehungen zwischen den Krankheitsbildern der Schizophrenie und Tuberkulose, sondern es deutet vor allem auf den gleichen rezessiven Erbgang ihrer Anlagen.

Hinsichtlich der Schizophrenie ist auch nach den übrigen Belastungsergebnissen kaum noch an der Rezessivität ihrer Erbanlage zu zweifeln. Dagegen muß die Frage, ob es sich bei ihr um einfache Rezessivität oder einen komplizierteren Erbgang handelt, vorläufig noch offen bleiben. Denn während sich einerseits die Möglichkeit einer Dimerie oder Polymerie bereits mit ziemlicher Sicherheit ausschließen läßt, werden doch andererseits die Bedingungen der Monomerie zunächst auch nur unvollkommen erfüllt.

Sollte zur Erklärung der Schizophreniegenese nicht ein monohybrid-rezessiver, sondern ein anderer und vorläufig noch nicht bestimmbarer Vererbungsvorgang angenommen werden müssen, dann ist in erster Linie an die Abhängigkeit der Manifestation der Schizophrenieanlage von einem weiteren und seinerseits wieder gewissen erblichen Sonderbedingungen folgenden Konstitutionsfaktor zu denken. Eine derartige Vermutung liegt schon deshalb nahe, weil die Schizophrenieanlage trotz ihrer kaum noch zu bezweifelnden Spezifität im Phänotypus gleich der Tuberkulose zu ganz verschiedenartigen Krankheitsformen führen kann und auch deren Zustandekommen zunächst am zwanglosesten durch das Wechselspiel fördernder und hemmender und jedenfalls von der Gesamtkonstitution abhängiger Körpervorgänge zu erklären ist. Und wenn auch die Art und die Wirkungsmechanik dieser somatogenen Faktoren bisher noch weitgehend unbekannt sind, so ist es für die Auffassung der Schizophreniegenese doch immerhin schon recht wert-

voll, daß alle für die Deutung der formen- und belastungsmäßigen Schizophreniegruppenunterschiede in Frage kommenden Erklärungsmöglichkeiten vorerst durchweg auf die Wahrscheinlichkeit ihrer konstitutionellen und damit teilweise wieder genotypischen Bedingtheit hinzuweisen scheinen. Und damit erscheint der Weg für die weitere Schizophrenieforschung klar vorgezeichnet.

Kleist und *Driest*-Frankfurt: Katatonie und Degenerationspsychosen (nach katamnestischen Untersuchungen).

Durch katamnestische Nachforschungen über die vor 15—10 Jahren (1921—25) in der Frankfurter Klinik als Katatonie diagnostizierten Fälle sollten 2 Fragen geklärt werden:

1. Stellt die Katatonie eine besondere Form vorzeitiger Verblödung dar, deren Fälle von Anfang bis zu Ende durch die Führungssymptome der kataton-psychomotorischen Störungen gekennzeichnet sind, nach Art einer psychischen Systemerkrankung im Sinne von *Kleist*?

2. Wie sind die geheilten Fälle zu beurteilen? Wenn Heilungen in größerer Zahl vorkommen, so ist die Katatonie entweder keine Verblödungskrankheit oder die geheilten Fälle waren keine Katatonien, sondern andersartige Erkrankungen, die als Katatonien verkannt wurden.

Von den insgesamt 202 Fällen bleiben nach Abzug von 11 nicht ermittelten und von 12 hinsichtlich ihres Ausgangs fraglichen Kranken 179 geklärte Beobachtungen übrig, von denen 143 ungeheilte waren und 36 heilten; in Prozenten 79,9% ungeheilte, 20,1% geheilte. Ein Satz von 20,1%, d. h. von einem Fünftel geheilten Katatonien, wäre mit der Annahme der Katatonie als Defekterkrankung unvereinbar. Betrachtet man jedoch die Gruppe der 143 Ungeheilten, so sind diese Fälle der Annahme einer systematischen Defekterkrankung durchaus günstig, und zwar in dem starken Überwiegen der Ausgänge in grobe Mangelzustände (123), und in den sehr zahlreichen tötlichen Ausgängen (73), unter denen 26 Todesfälle an Tuberkulose verzeichnet sind (35,6%). Auch die Verlaufsweise der Ungeheilten spricht für einen Defektprozeß. Es kommen chronische und remittierende Verläufe vor, unter den letzteren solche mit Teil- und mit Vollremissionen und Verläufe, die sowohl Teil- wie Vollremissionen enthalten; ferner gibt es Verläufe mit einmaliger und solche mit mehrmaligen Remissionen. Zwar finden sich remittierende Verläufe bei mehr als der Hälfte sämtlicher Fälle (78:143), aber Verläufe mit reinen Vollremissionen sind sehr selten (5), solche mit Voll- und Teilremissionen auch nicht häufig (13), es überwiegen durchaus die Verläufe mit Teilremissionen (60). Mehrmalige Vollremissionen kamen unter 143 Fällen überhaupt nur zweimal vor. Die Dauer der 23 Vollremissionen zeigt ein starkes Überwiegen der kürzeren Remissionen von 1 bis 3 Jahren (17), während längere Remissionen von 4 bis 7 Jahren und längste von 10 bis 13 Jahren nur je dreimal vorkommen. Die Symptomengestaltung der ungeheilten Fälle entspricht durchaus der Voraussetzung einer Systemerkrankung; denn die katatonen Symptome dauern während des ganzen Verlaufes der Erkrankung an und bleiben führend. Dabei treten immer mehr die Antriebsverarmung und der Negativismus in den Vordergrund, worin unsere Befunde mit denen von *Leonhard* übereinstimmen. Andere Strebungsstörungen als Negativismus — nämlich Stereotypien, Iterationen, Echoreaktionen — spielen in Endzuständen nicht mehr die Rolle wie in Anfangs-

stadien und in erregten Zwischenphasen. Noch mehr treten die Regungsstörungen zurück, d. h. die Zustände allgemeiner Hyperkinese mit spielerischen Gliederbewegungen, Pseudospontan-, Pseudoexpressiv- und Kurzschlußbewegungen und die akinetischen Zustände mit allgemeiner Unregsamkeit, Dyskinese, wächserner Biegsamkeit oder Gegenhalten. Mit den katatonen Kernsymptomen verbinden sich früher oder später auch andere verwandte Ausfallserscheinungen, besonders alogische und paralogische Denkstörungen, grammatische und andere Sprachstörungen, sowie affektive Verödung. Die Katatonie ist insofern keine einfache, sondern eine kombinierte Systemerkrankung.

Die geheilten Fälle unseres Materials sind dagegen keine geheilten Katatonien, sondern andersartige, grundsätzlich heilbare Erkrankungen, die nur infolge mehr oder weniger weitgehender äußerer Ähnlichkeiten als Katatonien verkannt worden waren. Das ergibt sich sowohl aus ihrer Verlaufsweise wie aus einer nachträglichen Überprüfung der Symptomenbilder. Von den 36 Geheilten sind 28 seit über 10 Jahren gesund, der Rest von 8 Fällen seit über 5 Jahren, bei den echten Katatonien waren dagegen Remissionen von 10 Jahren Dauer und mehr eine äußerste Seltenheit (3:143). Begreiflicherweise zeigten die 36 geheilten Fälle am häufigsten Motilitätszustände (14), doch überwogen hier die Regungsstörungen mit hyperkinetischen und akinetischen Zuständen gegenüber den für Katatonie mehr kennzeichnenden Strebungsstörungen (Negativismus, Stereotypie, Iteration, Echoerscheinungen). Auch bei anderen Zuständen hatten psychomotorische Symptome bestanden und zwar Verwechslung mit Katatonie geführt. Nicht genügend war auch bewertet worden, daß bei allen geheilten Fällen die Affektivität erhalten, oft sogar gesteigert war und daß die charakterlichen Gesinnungen keine Einbuße erlitten hatten. Nächst den Motilitätspsychosen waren Dämmerzustände, die der eigentlichen Katatonie fremd sind, auffallend zahlreich (6). Seltener waren Verwirrtheiten (4). Die den Verwirrtheiten eigene Inkohärenz im Ablauf von Gedankengängen, die auch bei anderen geheilten Krankheitszuständen, besonders bei solchen der Psychomotilität vorkam, ist etwas anderes als die in Gedankenentgleisungen bestehende Paralogie, das Kernsymptom schizophrener Erkrankungen. Zustände mit Beziehungs- und Bedeutungserlebnissen, besonders mit unklaren Bedeutungseindrücken, d. h. mit Ratlosigkeit, fanden sich etwa ebenso häufig wie Verwirrtheiten (5). Das Unverständliche mancher Beziehungssetzungen darf nicht eine schizophren-katatone Erkrankung annehmen lassen, wenn Paralogien bei planmäßiger Prüfung fehlen. Seltener waren expansive Erregungen mit Eingebungen oder Konfabulationen (3), sowie Halluzinosen und Verstimmungszustände (je 2).

Diesen Krankheitszuständen lagen neunmal symptomatische Psychosen zugrunde, bei denen die körperliche Verursachung übersehen oder unterbewertet und die häufig vorhandenen Bewußtseinstrübungen nicht genügend beachtet worden waren. Das psychomotorische Bild symptomatischer Psychosen kann mit dem von Katatonien leicht verwechselt werden, da die toxisch-infektiösen Hirnschädigungen ebenfalls Strebungsstörungen (Stereotypie, Iteration u. ä.) hervorzurufen vermögen. In der Mehrzahl, in 27 Fällen, handelte es sich um Degenerationspsychosen, die teils bei mehr oder weniger psychopathischen Persönlichkeiten (16), teils bei Schwachsinnigen auftraten und dort ein besonderes Gepräge erhielten (11). In vorderster Linie

standen auch hier die Motilitätspsychosen (10). Fehldiagnosen erwuchsen besonders daraus, daß bei in Zuständen heftigster Affekte, ferner epileptoiden Persönlichkeiten, bei Schwachsinnigen und bei sehr jugendlichen Kranken auch die strebungsmäßigen »katatonen« Symptome (Iteration, Stereotypie, Echoreaktion, Negativismus) zutage traten und sich den hyperkinetischen oder akinetischen Zuständen beigesellen können. Verwirrtheiten (2) und Haltneurose (1) waren unter den Degenerationspsychosen selten. Häufiger fanden sich Eingebungs- und ratlose Bedeutungspsychosen (je 3mal). Überraschend war die große Zahl episodischer Dämmer- und Verstimmungszustände (8), besonders bei Schwachsinnigen. Bei den Psychosen der Schwachsinnigen wirkten zum Teil reaktive Umstände mit. Im übrigen fanden sich in unseren Fehldiagnosen keine reaktiven Psychosen und keine manisch-depressiven Erkrankungen.

Daß unsere ungeheilten und geheilten Fälle etwas grundsätzlich Verschiedenes sind, geht schließlich auch aus ihrer Erblichkeit hervor. Bei den 27 Degenerationspsychosen dieses Materials war keine Belastung mit sicheren schizophrenen Erkrankungen zu finden, unter den 9 symptomatischen Psychosen nur 1mal. Um so häufiger (5mal) waren die Kranken dagegen mit gleichen Degenerationspsychosen belastet. Bei den Katatonien fanden wir ein wesentlich anderes Erbbild. Obwohl unsere Nachforschungen hier noch nicht abgeschlossen sind, können wir jetzt schon zu 14 von den 143 Kranken ebenfalls katatone oder sonstwie schizophrene Blutsverwandte namhaft machen; d. h. 9,79%.

Die praktische Bedeutung dieser Nachforschungen ist eine doppelte: Mit der Einsicht in die Heilbarkeit mancher bis dahin als Katatonie verkannter Erkrankungen helfen wir unseren Kranken, denn wir werden uns um so stärker bemühen, sie zu heilen und zu erhalten, wenn wir hoffen dürfen, sie einem ihnen selbst und der Volksgemeinschaft nützlichem Dasein wiederzugeben. Im Hinblick auf das Gesetz z. V. e. N. aber zeigt sich, daß es nicht so leicht ist, die Diagnose einer schizophrenen Erkrankung wie der Katatonie einwandfrei zu stellen, wie das Gesetz es verlangt, wenn schon an einer Klinik, die immer sehr vorsichtig bei ihren Schizophreniediagnosen war, 20% der als Katatonie diagnostizierten Fälle keine Katatonien waren. Es muß aber vermieden werden, daß jemand wegen Schizophrenie sterilisiert wird, der an dieser Krankheit weder leidet noch gelitten hat. Andererseits sollte das Gesetz dahin erweitert werden, daß auch die Träger von Degenerationspsychosen unfruchtbar gemacht werden können, vorausgesetzt, daß sie an erblichen Formen von Degenerationspsychosen leiden und bei ihren Nachkommen schwere Erbschäden zu erwarten sind.

Fleck-Göttingen: Zur Pathogenese der Kojewnikoffschen Epilepsie (mit Filmvorführungen).

In den letzten Jahren konnte ich in der Göttinger Nervenklinik vier Kranke mit *Kojewnikoff*schen Anfällen beobachten.

Dies Krankheitsbild ist noch recht wenig bekannt. Dies ergibt sich z. B. daraus, daß in einem kürzlich erschienenen Lehrbuch als *Kojewnikoff*sche Epilepsie die traumatisch bedingten Fälle bezeichnet wurden, bei denen das getroffene Zentrum fast andauernd Zuckungen ohne Bewußtseinverlust hervorrufe. Traumatisch bedingte *Kojewnikoff*-Anfälle finde ich in der Lite-

ratur aber kaum beschrieben. Viel häufiger ist eine encephalitische Grundlage der Störungen wahrscheinlich zu machen.

Für die *Kojewnikoff*sche Epilepsie — einem im wesentlichen syndromalen Begriff — ist charakteristisch, daß dauernd — d. h. unter Umständen über Monate hin — in umschriebenen Teilen des Körpers, halbseitig oder auch nur auf eine Extremität beschränkt, krampfartige Zuckungen auftreten. Zu Bewußtseinsstörungen kommt es während dieser Zuckungen nicht. Das Bild der *Kojewnikoff*-Epilepsie, wie es z. B. von *Omorokow* ausführlich dargestellt wurde, wird aber dadurch vervollständigt, daß neben solchen Zukkungen noch Anfälle vom *Jackson*-Typ der betreffenden Seite, sowie allgemein-epileptische Anfälle mit Bewußtlosigkeit beobachtet werden.

Ich bitte, Ihre Aufmerksamkeit jetzt dem Film zuzuwenden, der ohne viel Worte, das, was ich Ihnen zu sagen habe, anschaulich machen wird.

Den ersten Kranken des Films beobachtete ich im Jahre 1931. Es handelt sich bei seinen Anfällen allem Anschein nach nur um ein symptomatologisches Zwischenspiel bei einer mit schweren Anfällen einhergehenden, genuinen Epilepsie. Ein Bruder des Kranken zeigte gleichfalls epileptische Anfälle. Der Kranke selbst war damals 19 Jahre alt, litt seit seinem 9. Lebensjahr unter epileptischen Anfällen. Kurze Zeit nach der Entlassung verstarb er zu Hause in einem schweren Anfall. Eine Sektion konnte nicht vorgenommen werden. — Pyramidenzeichen lagen bei dem Kranken nicht vor. Die Punktion zeigte ein negatives Ergebnis. Die *Kojewnikoff*-Anfälle waren im Anschluß an einen schweren allgemein-epileptischen Anfall aufgetreten.

Die zweite Kranke des Films ist die erste Kranke mit *Kojewnikoff*-Anfällen, die ich im Jahre 1930 beobachten und beschreiben konnte.

Bei ihr haben die Anfälle inzwischen völlig nachgelassen. Es ist jedoch zu einer Parese der l. oberen Extremität im Sinne des Prädilektionstyps gekommen. Bei ihr fanden sich leichte spastische Erscheinungen im l. Arm. Sie zeigte auch Anfälle vom Operculartyp ohne Bewußtlosigkeit, weiterhin aber auch *Jackson*-Anfälle, wie allgemein-epileptische Anfälle. Die Röntgenaufnahmen des Schädels wiesen nichts besonderes auf, ebensowenig die Lumbalpunktion. Den Anfällen gingen Masern voraus; man wird an eine Masernencephalitis denken können.

Die für meine Ausführungen wichtigste Kranke steht an dritter Stelle des Films. Die Aufnahmen fallen in das Jahr 1930, als die Kleine 11 Jahre alt war. Sie war im letzten Frühjahr wieder in unserer Klinik, und da hatte sich das klinische Bild sehr verändert.

Eine Tante m. der Kranken soll nach Scharlach oder einem Trauma bis zu ihrem Tode an Anfällen gelitten haben, die als epileptische zu deuten sind. Der Vater der Kranken litt während des Krieges vorübergehend an vegetativen Anfällen. Die Kranke selbst ist als vasovegetativ disponiert anzusehen; sie neigte zu Halsentzündungen, die jeweils den »Schüben« ihrer Erkrankung vorausgingen.

Die Zuckungen, die im Film zu sehen sind, traten im Oktober 1930 zunächst in der Sprachmuskulatur auf. Die Sprache wurde klosig. Es kam dann zu Opercularkrämpfen. Ein plötzlich hereinbrechender allgemein-epileptischer Anfall führte zur Aufnahme in die Klinik.

Die Zuckungen waren bis in den Schlaf herein zu beobachten. Betroffen war vor allem die r. Gesichtshälfte. Synchron damit kam es häufig zu Zuckungen auch im Daumen der r. Hand.

Der neurologische Befund war, abgesehen von zuweilen sehr deutlichen Tonuserhöhungen im r. Arm, sowie Fehlen der Achillessehnenreflexe negativ. Die Röntgenaufnahmen des Schädels zeigten keine krankhaften Veränderungen, ebensowenig die Lumbalpunktion.

Daß die Patientin nach manchen schwereren Anfällen vorübergehend amaurotisch war, deutet vielleicht auf Vasomotorenkrämpfe hin.

Nach operativer Freilegung der ersten Zentralwindungen, bei der Prof. *Stich* nur den Eindruck einer gewissen Verhärtung der Hirnoberfläche gewann, traten die Anfälle in den nächsten Jahren sehr zurück. Die Kranke konnte sich sogar freischwimmen.

Nach einer neuen Halsentzündung im Februar 1935 trat dann ein Status hemiepelepticus r. mit sehr bedrohlich aussehenden, allgemein-epileptischen Anfällen auf. Vielleicht unter dem Einfluß einer Hunger-Ketose besserte sich der Zustand so, daß Verlegung nach unserer Klinik möglich war.

In den nächsten Wochen zeigte die Kranke Serien von *Jackson*-Anfällen, die bis zu 14—16 in der Stunde auftraten. Häufig setzten diese Anfälle mit Adversivbewegungen von Kopf und Augen nach r. hin ein, um von da aus über die übrige r. Körperhälfte absteigend zu verlaufen. Zuweilen wurde das r. Bein ganz grotesk von der Unterlage abgespreizt.

Während solcher Anfälle fand sich manchmal Lichtstarre, besonders der r. Pupille. Der Ansatz der Anfälle wechselte. Isolierte krampfartige Zuckungen der Bauchdecken und wohl auch des Zwerchfells konnten zu recht eigentümlichen Plätschergeräuschen des gefüllten Magens führen. Zwischen den Anfällen bestand eine ausgesprochene spastische Parese des r. Armes. Zudem war auch Nystagmus, vor allem nach l. hin deutlich festzustellen. Daneben fanden sich dysarthrische, aber auch motorisch-aphasische, agraptische, wie amnestisch-aphasische Störungen.

Eine Encephalographie ergab keine beachtenswerten Abweichungen. Der Liquor war in Ordnung.

Man wird m. E. die Erscheinungen insgesamt auf ein krankhaft verändertes Arbeiten der l. Hirnhemisphäre, und zwar der Hirnrinde, beziehen müssen. In diesem Sinne sprechen einerseits die *Jackson*-Anfälle, andererseits die aphasischen Störungen.

Hinsichtlich des Nystagmus wird man sich der Feststellungen von *Noethe* aus dem Krieg erinnern müssen, der das Vorkommen eines stirnrindenbedingten Nystagmus betonte. *Sittig* und *Noethe* haben ja für den Rindennystagmus bei Hirnverletzungen angegeben, daß er nach der der Hirnverletzung gegenüberliegenden Seite deutlicher, als nach der gleichen Seite sei. Das stimmt sinngemäß auch für unsere Kranke.

Man wird vielleicht auch die vorübergehende Pupillenstarre unserer Kranken als rindenbedingt ansehen dürfen. *O. Vogt* (nach *Kleist*) hat ja nach Reizversuchen am Augenfeld Pupillenerweiterung gefunden, *Bartels* berichtet (nach *Kleist*) auch von kontralateralen Pupillenerweiterungen bei Stirnhirnverletzungen. Lichtstarre ist, so z. B. von *Leo Müller* in seiner Arbeit über den Status hemiepilepticus, auch bei *Jackson*-Anfällen beobachtet worden.

Laubenthal hat sich nun wie *Kroll* dahin ausgesprochen, daß für die *Kojewnikoff*-Epilepsie vor allem doch an die basalen Ganglien zu denken sei, *Kehrer* reihte kürzlich die *Kojewnikoff*-Epilepsie in die extrapyramidalen Erkrankungen ein. Ich möchte glauben, daß aus dem Übergang der *Kojewni-*

koff-Anfälle in die zweifellos rindenbedingten *Jackson*-Anfälle bei unserer Kranken doch nur ein Schluß auf die Hirnrinde als Sitz der krankhaften Störungen bei der *Kojewnikoff*-Epilepsie erlaubt ist, stimme also mit *Hennecke, Korbsch, Omorokow* und *Wolfram* überein.

Damit soll nicht etwa gesagt sein, daß nicht irgendwelche extrapyramidalen Erkrankungen auch einmal mit »morphologisch« ähnlichen Krämpfen einhergehen könnten. Ob allerdings solche Kranke dann die weiteren Vorbedingungen für eine *Kojewnikoff*-Epilepsie erfüllen (*Jackson*- und allgemein-epileptische Krämpfe) muß m. E. offen bleiben.

Ich darf ganz kurz noch eine weitere interessante Betrachtung bei meiner Kranken erwähnen.

Drei ihrer *Jackson*-Anfälle konnte ich während der Encephalographie am Liquorsteigrohr beobachten. Dabei zeigte sich — was ich nicht erwartet hatte — bei jedem Anfall, und zwar im Beginn, ein Emporschnellen des Liquordruckes von 180 auf 280 mm Quecksilber. Man kann diese plötzliche Erhöhung des Liquordruckes gewiß nicht auf den Krampf der peripheren Gefäße der krampfenden Extremität beziehen. Vor allem *O. Förster* hat bekanntlich nach bioptischen Erfahrungen die Beteiligung der Vasomotoren der Hirngefäße am epileptischen Krampf ganz besonders betont. Ähnliche Erfahrungen habe auch ich machen können. Aber die Frage, ob etwa die Schwankungen des Gefäßtonus (u. U. zunächst als Krampf, dann als venöse Stase) pathogenetisch mit dem Anfall etwas zu tun haben oder ob es sich nur um Begleitsymptome handelt, ist durchaus noch offen.

Auch nach den anatomischen Arbeiten von *Spielmeyer, Scholz, Neubürger* und *Minkowski*, wie auch von *Gruber* und *Lantz* bleiben die Gefäßveränderungen bei der Epilepsie wohl doch nur in der Breite des Symptomatologischen, ohne in die Pathogenese der Anfälle eingeflochten zu sein.

Die Liquordruckschwankungen bei meiner Kranken während der *Jackson*-Anfälle deuten darauf hin, daß auch beim *Jackson*-Anfall vielleicht ein ähnliches Spiel der Vasomotoren vorkommt, wie beim allgemein-epileptischen Anfall. Daß aber diese Schwankungen im Gefäßtonus nicht einmal für die allgemein-epileptischen Anfälle obligat sind, darauf weisen Erfahrungen *Stauders* hin, der bei Punktionen von Epileptikern während des Anfalles durchaus nicht immer deutliche Liquorschwankungen fand.

Aussprache:

Fünfgeld-Frankfurt a. M.: weist auf einen von *Wartenberg* veröffentlichten Fall von *Konjewnikow*scher Epilepsie hin, dessen exzidiertes Armzentrum eine Meningoencephalitis chronica unklarer Ätiologie zeigte.

Vortrag *Fünfgeld*-Frankfurt a. M.: Über chronische Encephalitis mit eigenartigen seelischen Störungen. Vortrag auf der 1. Jahresvers. der Gesellschaft deutscher Neurol. u. Psych. in Dresden.

Es wird über drei seit Jahren beobachtete weibliche Kranke berichtet: Jeweils akutes Stadium mit Fieber, Doppeltsehen, Schlafstörung und starken meningealen Reizerscheinungen. Daran unmittelbar anschließend das chronische Stadium, das ebenfalls durch immer wieder auftretende akute Zustände von Erbrechen, Kopfschmerzen, leichter Nackensteifigkeit ausgezeichnet ist. Außerdem sind vier besondere Phänomene bemerkenswert: 1. Halluzinaotische Erlebnisse szenenhaften Charakters, wobei das Gesehene auch gehört und gerochen wird. Bei einer Kranken bestehen diese Phänomene nur auf der rechten

Körperseite. Sie exazerbieren am Abend und in der Nacht, sowie in den akuten Phasen. Sie werden stets als Täuschungen erkannt. 2. Ein Ferngerücktsein der Außenwelt, wie es aus den Depersonalisationserlebnissen bekannt ist. 3. Veränderungen des Körperichs. Bei der einen Kranken, die halbseitig halluziniert, ist nur die rechte Seite betroffen. Die rechte Hand schrumpft zusammen, ebenso das Bein, die rechte Körperhälfte entfernt sich von der linken, schwebt in der Luft, bleibt in einiger Entfernung vom Körper stehen. Bei einer anderen Kranken sind die Erscheinungen doppelseitig, die Beine fallen plötzlich vom Körper ab, der nur noch aus Kopf und Armen zu bestehen scheint, oder ein Arm oder Bein fehlt plötzlich. Die 3. Kranke erlebte eine Trennung des Gesamtkörpers, sodaß neben ihr plötzlich ein anderes Wesen lag. Das Wesentliche dabei ist, daß der Körper nicht mehr als Einheit erlebt wird: einzelne Teile dissoziieren sich voneinander. 4. Es besteht eine erhebliche allgemeine Beeindruckbarkeit bei starken Reizen. Bei einer Kranken schläft die rechte Körperhälfte ein, wenn ein Geräusch das Ohr trifft, eine andere erlebt gelegentlich einen an affektiven Tonusverlust erinnernden Zustand. Schließlich wird immer über eine dranghafte Unruhe berichtet.

Die Lokalisation der den Störungen zugrundeliegenden Herdchen wird eingehend behandelt; vor allem sind Thalamus und Zwischenhirn betroffen, vielleicht auch der Cyrus cinguli oder Bahnen, die vom Thalamus zu ihm hinführen, was vor allem für die Veränderungen des Körperichs in Frage käme. Wahrscheinlich sind die Erkrankungen nosologisch zur Encephalitis epidemica zu stellen, wenn das auch Mangels anatomischer Befunde noch nicht sicher entschieden werden kann. Sicher handelt es sich um grob organische Zustände, die sich von Schizophrenien grundsätzlich unterscheiden. Gelegentlich sind die Kranken auch für Hysterien gehalten worden; sie haben in der Tat manche hysteriformen Zutaten. Rein zustandsmäßig ist das Bild von einer selten vorkommenden, wenn auch vielleicht nicht so ganz seltenen Eigenart.

Fernandes-Frankfurt a. M.: Über akinetische Erscheinungen bei Psychosen und organischen Hirnerkrankungen.

Die pathologischen Erscheinungen, die unter dem Begriff der psychomotorischen Störungen bekannt sind, stellen weder für die Schizophrenie spezifische Merkmale, noch in ihrer Genese und Bedeutung einheitliche Symptome dar. Der Hinweis auf katatone Erscheinungen schlechthin bei den verschiedenen Hirnkrankheiten und bei anderen Psychosen außerhalb der Schizophrenie, wie er im Schrifttum immer wieder gegeben wird, ist nicht geeignet, eine genaue diagnostische und genetische Würdigung dieser Symptome zu gewinnen. Die psychomotorischen Störungen, wie sie z. B. bei der progressiven Paralyse auftreten, sind nicht alle als kataton zu bezeichnen. Hier erscheinen vielgestaltige psychomotorische Symptome, und zwar solche von typischem katatonem Gepräge und andere einfache akinetische Zustände mit Muskelspannungen, Haltungsverharren und Gegenhalten teilweise im Zusammenhang mit mehr oder weniger ausgeprägten striären Erscheinungen. Dieser Übergang von psychomotorischen zu striärähnlichen Erscheinungen, lenkt unsere Aufmerksamkeit auf den amyostatischen Symptomenkomplex, der ebenfalls zu besprechen sein wird.

Die Einteilung dieser Störungen, die *Kleist* neuerdings gegeben hat, in myostatische, psychokinetische und katatone Erscheinungen — entspricht be-

reits ihren Wesensverschiedenheiten und bildet die Grundlage für ihre eingehende Analyse. Die myostatischen Erscheinungen werden kurz durch die Störung der gröberen motorischen Automatischen und hauptsächlich durch ihre Ich-fremdartigkeit gekennzeichnet.

Die psychokinetischen und katatonen, d. h. die gesamten psychomotorischen Erscheinungen betreffen dagegen die feineren Automatismen und stellen sich als direkte Ausflüsse von Regungen und Strebungen dar, die einer tieferen Stufe des Ich angehören. Sie sind deshalb, wie *Kleist* sagt, ich-eigen. Unter den psychomotorischen unterscheidet man noch einerseits die psychokinetischen Störungen, die positive und negative gegensätzliche Abweichungen der spielerisch automatischen Regsamkeit darstellen, andererseits die katatonen Störungen in engerem Sinne, die mit pathologischen, den Trieben näher stehenden Strebungen im Zusammenhang stehen und die solchen Symptomen wie Stereotypie, Iterationen und Negativismus entsprechen.

Wir haben uns nun die Aufgabe gestellt, auf Grund dieser Ansichten der motorischen Störungen ein großes Material von Psychosen und organischen Hirnkrankheiten zu prüfen und die Grenzen und Übergänge dieser Symptomenkomplexe genauer festzulegen. Bei unseren Untersuchungen haben wir sowohl die neurologischen als auch die psychologischen Methoden gewürdigt, so daß wir in bezug auf einige Symptome wie z. B. das Haltungsverharren und die Katalepsie zu einer zugleich pathophysiologischen und psychologischen Deutung gekommen sind. Die Stell- und Haltungsreflexe und die motorischen Automatismen einerseits, die Psychologie des Willens anderseits wurden dabei besonders berücksichtigt.

Wir haben uns auf akinetische Zustände beschränkt und so mehr als 100 Fälle ganz verschiedener organischer Hirnkrankheiten und Psychosen untersucht, wie Fälle von P. P., Arteriosklerose, Hydrocephalus, Leuchtgasvergiftung, Epilepsie, Oligophrenie, Katatonie, Motilitäts- und symtomatische Psychosen.

Zuerst ein kurzes Beispiel eines Falles psychokinetisch-akinetischer Erscheinungen bei einer durch Geburtstrauma erworbenen Hirnerkrankung mit Epilepsie: Pat. E., 31 Jahre, seit dem 6. Lebensjahr typische Krampfanfälle. Wiederholt in der Klinik aufgenommen wegen Krämpfen. Bei der letzten Aufnahme auffällig starke Akinese; es fehlte ihm jegliche Bewegungs- und Sprachinitiative. Stark verlangsamte Bewegungen ohne Dyskinese. Schlaffe, ausdruckslose Gesichtszüge, deutlich jedoch von der Gebundenheit der Encephalitiker zu unterscheiden. Jede passiv erteilte, wie spontan angenommene Haltung wird lange beibehalten wie bei einem Katatonen. Bei passiven Bewegungen der Arme leicht überwindbarer Widerstand im Sinne der wächsernen Biegsamkeit, stärker in Schulter und Ellenbogen im Sinne der Pronation, weniger in den Fingern. Anspringen der Sehnen bei passiver Dorsalflexion der Hand. In Schulter und Oberarm ebenfalls deutliches Mitmachen (M. M.) im Sinne von *Kleist*[1]), d. h. bei Anheben der Knie in

---

[1]) Ein automatisches Sichanpassen der Muskulatur an die jeweilige Bewegung und Haltung. An den Beinen die gleiche Muskelspannung, die weder Spasmus noch Rigor ist, und zwar ist sie stärker in Hüfte und Knie als in Fuß und Zehen. Auch deutliches Haltungsverharren. Typisches Mitmachen und Parodoxphänomen von *Westphall*. Deutliches »Streckzeichen«.

Rückenlage, Neigung der Beine, gestreckt zu bleiben. Das Verharren in Haltungen erfolgt stets ohne jegliche Suggestion, und, wie auf sein Befragen deutlich wird, ohne sein bewußtes Hinzutun. Gegenhalten (G. H.) war leicht hervorzulocken.

Sonstiger neurologischer Befund: Facialis links etwas weniger innerviert. Leichter Nystagmus bds. Trömner, bds. positiv. Leichter Seitenunterschied in P. S. R. und A. S. R. Sohlenreflex bds. schwach, rechts noch schwächer als links mit Andeutung von Streckung der großen Zehe. Keine spastischen Zeichen. Leichter Intentionstremor. Deutliche Mitbewegung der linken Hand bei Fußschließen und öffnen der rechten. Aktive Mitbewegung des Fußes bei rasch aufeinanderfolgender Beugung und Streckung des anderen. Leichte Neigung des Kopfes nach links. Halsreflexe nicht auslösbar. Positive *Nagnus*sche Stützreaktion sehr deutlich an Armen und Beinen.

Das Haltungsverharren und die sonstigen psychokinetischen Erscheinunnungen können nicht durch den intellektuellen Defekt des Patienten erklärt werden. Ein einfaches Verharren in Haltungen, ohne die anderen muskulären Störungen kommt oft bei Schwachsinnigen und Dementen vor. Es ist dann ein inkonstantes Phänomen mehr im Sinne einer Katalepsie, die lediglich durch eine besondere psychische Einstellung bedingt ist. Die in Frage kommenden Erscheinungen treten aber auch bei Patienten ohne sonstige psychische Störung oder intellektuellen Defekt auf, wie bei Fall H. gestern im Film von Prof. *Kleist* vorgeführten Fall von einer fraglichen multiplen Sklerose mit ausgesprochener Akinese, H. V., M. M., G. H. und ebenfalls mit deutlichen neurologischen Zeichen wie rotatorischer Nystagmus, Opticusatrophie, leichte Ataxie rechts, Aufhebung der Bauchdeckenreflexe, beiderseitigem Babinski, Strecktendenz in den Beinen, angedeutete Stützreaktion links usw.

Es handelt sich beim H. V. um eine besondere Störung, die dem Auftreten von Automatismen entspricht, die normalerweise den Immobilisationsprozessen zugrunde liegen. Zusammenhängende Abweichungen der tonischen Reflexe und der Haltungsregulation bedingen in innerer Verbindung mit der Akinese ein Verharren in Stellungen, die einerseits keinen physiologischen Zweck haben, andererseits psychologisch nicht erklärbar sind; sie entsprechen keinen echten Willensvorgängen, stellen keinen Ausdruck des Ich dar, haben sogar oft keine Beziehung zu der augenblicklichen inneren Haltung im Sinne von *Zutt*. Es ist auch nicht ein rein mechanisches Verharren des Gliedabschnittes, wie es durch die Erhöhung des Fixationsreflexes bei den amyostatischen Zuständen vorkommen kann. Die Vorgänge sind hier außerordentlich komplizierter. Das H. V. hängt aufs innigste mit der Akinese, die immer vorhanden ist, und mit dem Mitmachen und der Flexibilitas, die sehr oft dabei zu finden sind, zusammen. Die wächserne Biegsamkeit ist kein Rigor im engeren Sinn, obwohl es Fälle gibt, in denen alle Übergänge zu beobachten sind. Der Widerstand bei passiven Bewegungen ist viel schwächer, viel nachgiebiger, das Zahnradphänomen tritt nie auf. Wenn keine Dyskinese vorliegt, wie in den dargestellten Fällen, sind die aktiven Bewegungen in keiner Weise gestört. Die Art von Adiadochokinese, die beim Parkinson auftritt, kommt nie vor. Es liegt sicherlich bei der Flexibilitas eine leichte Erhöhung der Dehnungsreflexe von *Förster* vor, die sich in den Widerstand bei passiven Bewegungen offenbart. Dieser Reflex ist unabhängig von dem Ruhetonus im Sinne von *Gamper*, d. h., eine Steigerung des

Dehnungsreflexes kann vorliegen, ohne das eine Erhöhung des Ruhetonus, ein Rigor bestehen müßte. *C. Mayer* und *O. Reisch* haben dies bei der Chorea einleuchtend bewiesen. Dieser Ruhetonus ist bestimmt bei der Flexibilitas anders als bei dem Parkinsonschen Rigor. Die Adaptations- und Fixationsreflexe von *Förster*, die äußerlich gesehen dem M. M. ähnlich sind, sind auch in unseren Fällen nicht in derselben Weise wie beim Parkinson verändert. Jedoch mögen enge Beziehungen zwischen beiden Phänomenen bestehen. Das M. M. aber ist nicht so konstant und nicht so stark, tritt nicht so regelmäßig und reflexartig auf, sondern nur in Zusammenhang mit den anderen Symptomen: Akinese, Flexibilitas und H. V., und zwar in dem Maß, in dem diese sich manifestieren. Das M. M. ist gewissermaßen ein Instrument der Immobilisationsvorgänge, die eine Einheit darstellen. Dieser Vorgang allein verursacht sie jedoch unmittelbar nicht. Wenn kein G. H. auftritt, ist das M. M. stets ganz leicht überwindbar. Die plötzlich auftretenden antagonistischen Widerstände wie das Phänomen der Antagonisten, der amyostatischen Symptome kommt nie vor. Diese Unterschiede sind noch deutlicher bei der Flexibilitas und dem M. M. der Katatonen, bei denen wir mit anderen später zu erörternden Faktoren zu rechnen haben. Die elektrographischen Befunde von *Claude, Baruk* und *Noel* zeigen diese Verschiedenheit sehr deutlich, wie auch die experimentellen Studien von *Finkelmann* über den Tonus. Diese Erscheinungen bei den Katatonen stellen durch ihre besondere psychische Einstellung noch eine weitere Kompliziertheit dieser Phänomene dar.

Ein interessanter Befund, der eine Störung der Haltungsvorgänge entspricht, ist die positive Stützreaktion von *Magnus*, die wir bei einem Drittel der Fälle gefunden haben. Das gleichzeitige Bestehen von G. H. in unseren Fällen erschwert jedoch ihre Beurteilung. *H. Strauß* hat bei derselben Art von Krankheiten ebenfalls Stützreaktionen gefunden, aber vor ihrer Verwechslung mit dem G. H. gewarnt. Das Zusammentreffen bei der Erscheinung besteht aber nicht immer. Wir haben 4 Fälle mit Stützreaktion, bei denen überhaupt kein G. H. hervorzulocken war. In anderen Fällen jedoch kann man das Vorhandensein beider Erscheinungen mit Sicherheit feststellen.

Bei dem reinen amyostatischen Symptomenkomplex haben wir niemals eine positive Stützreaktion gefunden; auch nicht in der Katatonie. Bei unseren akinetischen Fällen ist sie in 7 Fällen nur einseitig vorhanden, was ein sehr wichtiger Beweis für organische Störungen ist. Die beiden dargestellten Fälle sowie 6 weitere weisen außerdem in den Fingern, im Ellenbogen und im Knie eine ausgesprochene Tendenz zu spontanen Streckbewegungen auf. Die Erscheinungeen stellen umschriebene Neigungen zur Streckung dar, die an die Enthirnungsstarre erinnern könnte. Dagegen spricht aber die experimentelle Tatsache, daß bei dem enthirnten Tiere die Stützreaktion aufgehoben ist, wenn es uns erlaubt ist, Experimentelles und Klinisches zu vergleichen. Die Änderung des Tonus und die anderen Störungen sind gleichfalls sehr verschieden, weswegen wir glauben, daß diese Strecktendenzen nicht unmittelbar damit zu vergleichen sind. Diese Strecktendenzen, die bei passiven Bewegungen der Glieder auftreten, ähneln ihrem Wesen nach den induzierten Tonusveränderungen von *Goldstein* und *Riese* oder der Automatose von *Zingerle*, unterscheiden sich aber dadurch, daß sie im bewegten Gliedabschnitt erfolgen und nicht in einer anderen Extremität.

Die Halsreflexe waren in unseren Fällen niemals auslösbar. Es zeigte sich auch keinerlei Einfluß der Drehung des Kopfes auf die Flexibilitas, M. M. und H. V., was ebenfalls ihrer Überordnung über diese tief liegenden Mechanismen entspricht.

Diese Phänomene, die Störung der mimischen und Mitbewegungen, eine Neigung der Hand des Untersuchers nachzugehen, die der *Mangnet*-Reaktion der kleinhirnlosen Tiere ähneln, können wir hier nicht eingehend auseinandersetzen, wie auch das häufige Auftreten von Greifreflex, Festhalten, Saugreflex und des Palmo-Mandibularreflexes, der hier öfter als beim Normalen zu beobachten ist.

Einen anderen motorischen Vorgang, der unmittelbar dem H.V. zugrunde liegt, möchten wir noch hervorheben. Es handelt sich um die Repositionsautomatismen. Wenn wir irgend eine Bewegung ausführen, z. B. den Arm strecken, um einen Gegenstand zu berühren, und wenn das Ziel der Bewegung erreicht ist, hat die angenommene Stellung keinen Zweck mehr und der Arm wird automatisch zurück in die Ruhelage gebracht. Diese Reposition ist ein einfacher und ganz gewöhnlicher Automatismus, der den primären Automatismen *Vogts* angehört, da er sich auch anschließend an automatische Bewegungen zeigt, wie z. B. bei Flucht- oder Abwehrbewegungen. Beim H. V. fehlen diese Repositionsbewegungen vollkommen. Dieser Mangel an Reagibilität zeigt sich auch an den verminderten Mit-, Abwehr- und Reaktivbewegungen, ist aber nicht als isolierte Störung aufzufassen, sondern steht in engem Zusammenhang mit der Akinese. Wir möchten noch erwähnen, daß dieser Ausfall an Repositionsbewegungen von dem Kranken besonders erlebt werden kann. Nach einem langen Verharren des Armes sagte der zweite Kranke, daß der Arm von selbst so bliebe und er ihn gewissermaßen herunterdrücken müsse, um ihn in die Ruhelage zu bringen. Das zeigt eindeutig, daß ein Vorgang, der normalerweise ohne Mitwirkung des Willens ganz automatisch abläuft, hier völlig fehlt und durch eine willkürliche Handlung ersetzt werden muß.

Normalerweise werden nur einige Haltungen, wie das Stehen, das Sitzen und andere bequeme Stellungen ohne Ermüdung beibehalten. Bei dem H. V. liegen Bedingungen vor, bei denen gewissermaßen sämtliche Stellungen bequem geworden sind. Dieser Mangel an Ermüdung ist bisher nicht erklärt worden. Wir glauben es so verstehen zu können, daß es sich beim H. V. um Prozesse handelt, die den Gesetzen der Automatismen unterliegen und deshalb keine Ermüdung im Gefolge haben. Die einfachen neurologischen Mechanismen, deren Störungen wir gezeigt haben, integrieren sich in höhere Vorgänge, die auf derselben Höhe wie die normalen Automatismen stehen. Das Inkrafttreten dieser pathologisch veränderten Automatismen ist aber hier, von physiologischen Zwecken unabhängig, z. B. es findet eine Immobilisation eines Gliedabschnittes statt, die nicht, wie bei einer normalen Zielbewegung, eine feste Stütze für diese Bewegung bildet.

Das Herausstellen eines zwecklosen Immobilisationsprozesses scheint uns somit dem Weseen der Störung am besten zu entsprechen. Eine Enthemmung eines ähnlichen Immobilisationsprozesses haben wir vor drei Jahren mit *F. Ferreira* bei der sogenannten experimentellen Katatonie angenommen. Wir können hier nicht näher darauf eingehen, möchten aber darauf hinweisen, daß die Phänomene, die man durch toxische Mittel bei den Tieren verur-

sacht, mit viel größerem Recht mit den hier dargelegten psychokinetischen Erscheinungen zu vergleichen sind, als mit den katatonen Störungen.

Die psychokinetischen Erscheinungen sind dann deutlicher von den myostatischen Störungen abzutrennen. Es gibt gewisse Übergangsfälle, z. B. Fälle von seniler Starre und Leuchtgasvergiftung mit Rigor übergehend in Flexibilitas usw. und außerdem andere Erscheinungen, die den amyostatischen überhaupt nicht angehören, wie G. H. und Dyskinese. Auf Grund dieser Beobachtungen sind wir geneigt, anzunehmen, daß nur in diesen Übergangsfällen eine auf eine Verminderung der Regungen zurückführende Akinese besteht und nicht in allen hypokinetischen striären Zuständen. Nur in diesen Fällen, die den Encephalitikern *Hauptmanns* mit sehr starker Akinese entsprechen, wäre also ein Ausfall der instinktiven Handlungen anzunehmen, wie es für die striäre Akinese im allgemeinen behauptet wurde. Bei den gewöhnlichen Parkinsonzuständen, die wirklich ihre Störung als periphere Behinderung, d. h. als völlig ichfremd erleben, ist die Akinese lediglich durch den Ausfall an motorischen Automatismen zu erklären. Zum Schluß noch ein Wort über die katatonen Erscheinungen im engeren Sinne. Das einfache Verharren in Haltungen ohne begleitende muskuläre Vorgänge bildet keines mit den beschriebenen gleichstehenden Symptomen, sondern stellt lediglich eine Tendenz, die Stellung zu erhalten, dar, die öfter mit anderen Äußerungen einer pathologischen Beeinflußbarkeit wie Echopraxie und Echominie einhergeht.

Für diese Erscheinung soll nach *Kleist* der Ausdruck Katalepsie vorbehalten bleiben. Sie tritt typischerweise bei chronischen Katatonen, aber auch bei Hirnverletzten und anderen organischen Hirnkrankheiten auf.

Viel komplizierter liegt die Sache beim Negativismus. Zwischen dem Gegenhalten und den allgemeinen Ablehnungsreaktionen des Negativismus bestehen alle Übergänge und Zwischenfälle. Es sieht so aus, als wenn die Patienten die elementaren motorischen Tendenzen, die sich im G. H. äußern, noch weiter verfolgen würden. Wie bei den hyperkinetischen Erscheinungen *Kleist* gezeigt hat, werden auch beim Negativismus »Ergänzungsphänomene« diese elementaren Widerstände des G. H. durch komplizierten Abwehrbewegungen fortgesetzt. Diese Erklärung trifft jedoch nur insofern zu, als die Abwehr der Kranken psychologisch völlig unbegründet ist, wie das beim Negativismus im engeren Sinne der Fall ist. Diese Darlegungen erklären aber den Negativismus nicht völlig, der außerdem noch aufs innigste an einen besonders veränderten psychischen Zustand gebunden ist, und wie die Katalepsie mit bestimmten Strebungen den Trieben näherstehenden Komponenten der niederen Willenssphäre im Zusammenhang stehen.

Die psychokinetischen und katatonen Erscheinungen können sowohl bei organischen Hirnkrankheiten als auch bei Psychosen auftreten. Rein symptomatologisch sind die Erscheinungen gleich. Was grundsätzlich verschieden ist, sind ihre Beziehungen zu den Willensvorgängen und ihr Verhältnis zu den gesamten Störungen des Ich.

Sämtliche psychomotorische Störungen sind primäre Symptome, d. h. psychologisch nicht verständlich ableitbar. Sie entsprechen Störungen von Handlungen, denen keine Motive zugrunde liegen und für deren Zustandekommen keine echten Willensakte erforderlich sind.

Bei den psychokinetischen Erscheinungen der organischen Hirnkrankheiten liegt die Störung hauptsächlich in den Elementen der Handlungen,

nämlich in die Abweichungen der Regsamkeit und in den durch neurologische Zeichen objektiv gewordenen Abänderungen der motorischen Automatismen. Die pathologischen Erscheinungen sind unabhängig von den echten Willensvorgängen, die aber, im Gegensatz zu den Katatonen, innere, in ihrer Struktur und Beziehungen zu der gesamten Persönlichkeit erhalten bleiben.

Ederle-Gießen: Cholesterinbestimmungen bei Psychosen, insbesondere bei Melancholien.

Der Bericht von *Georgi* über die Störungen des Cholesterinstoffwechsel bei Manisch-Depressiven sowie den endogenen Depressionen des Rückbildungsalters und über seine therapeutischen Erfolge mit einem Nebennierenrindenpräparat haben uns an der Gießener Klinik zu einer Nachuntersuchung veranlaßt, über deren bisheriges Ergebnis ich Ihnen hier berichten möchte. Zuvor möchte ich aber kurz die von *Georgi* vertretenen Ansichten zusammenfassen. Er fand bei Manisch-Depressiven eine auffallende Schwankung des Cholesterinspiegels mit einer gewissen Tendenz zu erhöhten Werten. Das Wesentliche ist aber die Labilität als eine Regulationsstörung, die bei Bestimmung des Nüchternblutcholesteringehaltes in regelmäßigen Abständen und bei Belastungsversuchen zum Ausdruck kommt. Auf Grund dieser Feststellung hat Georgi mit wirksamen Nebennierenrindenpräparaten sowohl die Stoffwechselstörung als auch Hand in Hand damit die Psychose günstig beeinflussen können.

Unsere eigenen Versuche erstrecken sich auf insgesamt 121 Patienten mit 305 verschiedenen Cholesterinbestimmungen. Bei der Auswertung der Ergebnisse wurde eine größere Anzahl, bei denen diagnostische Bedenken auftauchten, ausgeschieden. In der Tabelle, die ich Ihnen hier zeige, sehen Sie die Untersuchungsergebnisse von 30 Depressiven, 20 Schizophrenen und 20 Neurosen, bei denen eine körperliche Störung sicher auszuschließen war, verwertet.

Aus den aus den Einzelbestimmungen ermittelte Durchschnittswerten ergibt sich, wie Sie sehen, daß tatsächlich bei Manisch-Depressiven eine auffallende Schwankung der Cholesterinwerte im Verlauf der Psychose zu beobachten ist. Sehr wesentlich ist aber u. E., daß eine ähnliche, wenn auch nicht so starke Abweichung von der Norm bei der schizophrenen Gruppe besteht. Im Einzelfall kann man sogar gerade bei der Depression eine normale Kurve und bei der Schizophrenie eine ausgesprochen pathologische erhalten, wie folgendes Beispiel zeigt, das allerdings in diesem Ausmaße eine Ausnahme darstellt.

Man fragt sich auf Grund dieser Resultate mit Recht, ob dieses abnorme Verhalten des Cholesterinspiegels ein spezifisches Symptom für das manisch-depressive Irresein darstellt oder ob es sich nicht vielmehr eben um eine der bei den verschiedenen Psychosen beobachteten Störungen zentral gesteuerter Stoffwechselprozesse handelt. In diesem Zusammenhang möchte ich auch daran erinnern, daß man vor einigen Jahren auf Grund ähnlicher Befunde das Problem der essentiellen Hypertonie auf eine Cholesterinstoffwechselstörung zurückführen wollte und daß dann die weiteren Unters-
wechselstörung zurückführen wollte und daß dann die weiteren Untersuchungen diese Theorie nicht stützen konnten. Es ist auch nicht außer acht häufig Abweichungen des Cholesterinstoffwechsels vorkommen, ohne daß eine Häufung endogener Depressionen mit diesen Zuständen verbunden

	Min. mg. %	Max. mg. %	Schwankungen in % des Mittelwertes
Normale	145	174	18,8 %
Schizophrenie	130	192	37 %
Depression	132	218	51 %

Dat.	Fr. Z. Depression	Dat.	Fr. Z. Schizophrenie
24. 1.	180 mg. %	25. 1.	304 mg. %
31. 1.	194 ,,	27. 2.	208 ,,
5. 2.	180 ,,	17. 4.	132 ,,
15. 2.	168 ,,	29. 4.	201 ,,
28. 2.	182 ,,	7. 6.	161 ,,
6. 4.	180 ,,	15. 6.	166 ,,
6. 5.	181 ,,		
5. 6.	183 ,,		
27. 6.	180 ,,		

wäre; offenbar ist unter abnormen Zuständen der Cholesterinstoffwechsel überhaupt leicht beeinflußbar.

Was nun die Therapie mit Nebennierenrindenpräparaten anlangt, so kann ich mir in dieser Frage ein abschließendes Urteil nicht erlauben, da die Zahl der behandelten Patienten zu gering ist. Herr Prof. *Schmidt* aus Breslau hat uns freundlicherweise das auch von *Georgi* verwandte Präparat zur Verfügung gestellt. Bei den drei damit behandelten Patienten haben wir, obwohl bei dem einen während der Behandlung die Cholesterinstörung zurückging — ob zufällig oder nicht, kann natürlich nicht gesagt werden — keinen Einfluß auf das psychische Zustandsbild beobachtet. Allzu optimistisch sind wir daher im Hinblick auf weitere Versuche nicht. Nach meinen bisherigen Ergebnissen kann die fortlaufende Cholesterinbestimmung lediglich mit gewissem Vorbehalt diagnostisch verwertet werden.

Wegen Zeitmangel nicht gehaltene Vorträge.

Heinz Boeters-Breslau: Zucker in Liquor und Blut.

An Hand eines Materials von rund 1000 Doppelbestimmungen von Blut- und Liquorzucker wird über praktisch-diagnostische Gesichtspunkte bei verschiedenen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems berichtet. Eine Herabsetzung des Zuckergehaltes im Liquor und der Relation Liquor- zu Blutzucker wurde nicht nur bei Meningitiden aller Art, sondern auch bei Paralyse und den anderen luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems

gefunden. Der Grad der absoluten und relativen Zuckerverminderung ging dem Ausmaß der meningitischen Reaktion annähernd parallel. Eine Zuckervermehrung im Liquor wurde sekundär bei Hyperglykämie (alimentär, experimentell und diabetisch) beobachtet. Untersuchungsserien an Epileptikern und Hirntraumatikern, bei Arteriosklerose und Hirntumor ergaben ebenfalls eine geringe Erhöhung des Liquorzuckers. Diesem Ergebnis kommt jedoch wegen der starken Streuung der Zuckerwerte eine praktische Bedeutung kaum zu. Eine deutliche absolute und relative Zuckervermehrung im Liquor wurde lediglich in Fällen beobachtet, bei denen es durch Einflüsse verschiedener Art zu einer erheblichen Störung der Druckverhältnisse im Schädelinneren (Hydrocephalus, raumbeengende Prozesse usw.) gekommen war. Hier dürfte eine vorwiegend mechanisch bedingte Störung der zentralen Regulationen vorliegen. In ähnlicher Weise sind die erhöhten Zuckerwerte bei Encephalitis auf Einflüsse toxischer oder entzündlicher Art an den zentralen vegetativen Regulationsmechanismen zurückgeführt worden. Im Spätstadium der Krankheit ist zwar in Einzelfällen ebenfalls der Liquorzucker erhöht, im Gesamtdurchschnitt ergeben sich aber nur unwesentliche Abweichungen von dem normalen Mittelwert und der normalen Variationsbreite, so daß bei postencephalitischen Erkrankungen der Liquorzuckerbestimmung eine besondere diagnostische Bedeutung nicht beigemessen werden kann. Wenn demnach der Befund einer Zuckerverminderung im Liquor diagnostisch durchaus brauchbar ist, wird eine Erhöhung des Liquorzuckers nur in Einzelfällen zu erwarten sein, dann aber immerhin auf zentralnervöse Veränderungen mechanischer oder entzündlich-toxischer Art hinweisen und somit im Rahmen der übrigen Untersuchungsmethoden Bedeutung haben.

R. Lemke-Jena: Encephalographische Befunde bei Schizophrenie.

L. berichtet über encephalographische Untersuchungen bei 100 Schizophrenen. Bei der Hälfte der Fälle war eine einwandfreie Ventrikelerweiterung festzustellen, bei 18 Kranken bestand eine fragliche Ventrikelerweiterung, bei den übrigen fand sich eine normale Ventrikelgröße. 84mal zeigte sich ein abnormer Hirnoberflächenbefund: plumpe, fleckförmige Hirnfurchenzeichnung in einzelnen Hirnteilen. 81 Encephalogramme hatten eine deutliche Ventrikeldifferenz zugunsten links. Der Vergleich dieses encephalographischen Befundes mit denen anderer Psychosen, z. B. mit Epilepsie, Oligophrenie, zeigt einwandfrei, daß abnorme Hirnbefunde dort seltener zu finden sind. Der encephalographische Befund bei der Schizophrenie ist nicht, wie zunächst *Jacobi* und später die Amerikaner *Moore* und *Matthews* vermuteten, durch den schizophrenen Prozeß entstanden, sondern er ist, wie *L.* nachweisen konnte, in der Anlage vorhanden. Denn die Krankheitsdauer ist durchschnittlich bei den Kranken mit positivem und bei denen mit negativem encephalographischen Befund gleich. Außerdem zeigten die encephalographischen Nachuntersuchungen bei den Schizophrenen, die vor acht Jahren zum ersten Male von *Jacobi* encephalographiert wurden, trotz Fortschreiten des klinischen Bildes, den gleichen encephalographischen Befund. Der Vergleich des Krankheitsverlaufs der einzelnen Fälle ergibt, daß der Prozeß bei den Schizophrenen mit Hydrocephalus internus schwerer verläuft, als bei denen mit normalem Encephalogramm. Die encephalographisch nachzuweisende Hirnanomalie, die Ventrikelerweiterung und

Hirnrindenverschmälerung, disponiert demnach zu einem schwereren Krankheitsverlauf. Wir haben somit in der encephalographischen Untersuchung ein wichtiges Hilfsmittel bei der Prognosestellung der Schizophrenie.

Stadler-Stadtroda: **Histopathologische Untersuchungen zur Frage der Beziehung zwischen Leber und Gehirnveränderungen.**

Die Arbeit knüpft an an die Ausführungen, mit denen *Bielschowsky* und *Hallervorden* ihre Ablehnung der *Pollak*schen Annahme einer hepatogenen Entstehung der für *Wilson*-Pseudosklerose charakteristischen Hirnveränderungen begründen: »Wenn nämlich die Leber das pathologische Geschehen im Gehirn bestimmte, dann würde jeder chronische Leberprozeß, auch wenn er sich anatomisch nicht als typische grobhöckrige Zirrhose manifestiert, zu den fraglichen Gehirnveränderungen oder ähnlichen führen müssen.«

An einem größeren Sektionsmaterial von Leberveränderungen der verschiedensten Art (70 Fälle) ist untersucht worden, ob sich auch bei »gewöhnlichen« Lebererkrankungen im Gehirn ähnliche anatomische Veränderungen feststellen lassen, wie sie uns vom histologischen Bild der W. Ps. her geläufig sind. In Frage kamen: Gliaveränderungen im Sinne von *Alzheimer*, Gewebsdefekte oder -abbau, Gefäßwucherungen, Status spongiosus mit den verschiedenen möglichen Erscheinungsformen usw., und das alles speziell im Bereich des Nucleus lenticularis, aber auch in den übrigen Hirngegenden. Das Ergebnis war überraschend: Es ließen sich an der Glia Veränderungen nachweisen im Sinne einer Tendenz zur Entwicklung nackter *Alzheimer*-Kerne, die bei der gewöhnlichen Makro-Glia-Zelle beginnen und in stetiger, gleichmäßiger Entwicklung fortschreiten bis zu ihrer letzten Etappe: der Bildung des nackten *Alzheimer*schen Gliakerns. Die Art der zugrundeliegenden Leberveränderung spielt keine Rolle. In 14 Fällen wurden einwandfreie typische Exemplare von *Alzheimer* II-Zellen beobachtet.

Unter dem gesamten Material fielen besonders drei Fälle auf, von denen die ersten beiden schon klinisch merkwürdige Parkinsonähnliche Syndrome geboten hatten; der dritte war neurologisch-psychiatrisch nicht untersucht worden. Noch auffälliger war das histopathologische Untersuchungsergebnis: Auf der einen Seite bestand überall eine atrophische Leberzirrhose, die in Fall III dem *Wilson*-Typ nahekam, auf der anderen Seite fanden sich überall im Gehirn im Prinzip gleichartige Veränderungen, wie sie als pathognomonisch gelten für die Erkrankungen der W. Ps.-Gruppe. Hierbei waren allen drei Fällen gemeinsam die (an sich unspezifischen) Ganglienzellveränderungen und die Gliareaktion im Sinne der Bildung von *Alzheimer* II-Zellen; im Fall II kam noch hinzu das Auftreten von *Opalski*-Zellen und ein besonders schwerer Grad von Ganglienzellveränderungen, im Fall III die Bildung eines feinporigen Status spongiosus im Striatum beiderseits, herdförmige Zellausfälle im Pallidum, Auftreten von mesenchymalen Netzen und Gefäßwucherungen im Bereich des Status spongiosus. Sowohl nach dem klinischen als besonders nach dem anatomischen Erscheinungsbild darf angenommen werden, daß es sich bei den drei Fällen um Zustände gehandelt hat, die der W. Ps. zum mindestens verwandt sind. An Hand von Fällen aus der Literatur (*Borberg, Demole et Redalié, Insabato, Nayrac, Pollak, Werthemann*) wird nachgewiesen, daß diese Beobachtungen nicht isoliert dastehen. Ein genaueres Studium aller

dieser Fälle ergibt, daß sich manche Ähnlichkeiten mit der als Modell dienenden W. Ps. aufdecken lassen; so kann man auch hier sehr gut eine »*Wilson*«- und eine »Pseudosklerose«-Komponente herausarbeiten, analog etwa dem Vorgehen *v. Braunmühls* bei W. Ps. Es läßt sich zeigen, daß alle die Beobachtungen der genannten Art Glieder einer kontinuierlichen Reihe darstellen, die auf der einen wie auf der anderen Seite hinüberführt in das Gebiet der »echten« W. Ps.-Fälle.

Auf welche Art und Weise die beschriebenen Hirnveränderungen im Gefolge einer Lebererkrankung entstehen, welches die hierfür im wesentlichen verantwortlich zu machenden Vorgänge und welches die Funktionen der Leber sind, deren Störung solche Wirkungen im Z. N. S. auszulösen vermag, kann mit den Mitteln der Morphologie allein nicht entschieden werden, da es sich hier überall in erster Linie um rein patho-physiologische Stoffwechselprobleme handelt und der Anatom lediglich deren morphologisch faßbare Auswirkungen zu Gesicht bekommt; die endgültige Klärung dieser Probleme muß der pathologischen Physiologie überlassen werden.

Zusammenfassend läßt sich über das Ergebnis der gesamten Untersuchungen sagen: Es geht daraus hervor, daß (entsprechend der Forderung von *Hallervorden* und *Bielschowsky*) »jeder chronische Leberprozeß, auch wenn er sich anatomisch nicht als grobhöckrige Zirrhose manifestiert, zu den fraglichen Gehirnveränderungen (nämlich der W. Ps.) oder ähnlichen führen« kann.

Die Bedeutung dieser Ergebnisse für die *Wilson*-Pseudosklerose-forschung und speziell für die Frage nach der Rolle der Leberveränderung bei diesem Krankheitsbild liegt auf der Hand: Es ist damit der Beweis erbracht, daß alle jene Veränderungen im Bereich des Z. N. S., wie sie bisher als anatomisches Korrelat der Erkrankungen der W. Ps.-Gruppe bekannt sind, rein hepatogen entstehen können; es ist hiernach zur Erklärung der Pathogenese dieser Hirnveränderungen nicht mehr nötig, mit unbewiesenen theoretischen Konstruktionen von Mißbildung oder Fehlanlage des Gehirns oder bestimmter Hirnabschnitte zu operieren, wie dies *Hall* und *Bielschowsky* tun zu müssen glaubten; sie sprechen auch gegen eine zerebrogene *Wilson*-Theorie im Sinne *Rickers*. Mit der durch die Konstitutionspathologie und Erbbiologie nachgewiesenen Tatsache, daß die W. Ps. ein heredo-degeneratives Leiden mit einem bestimmten Erbgang darstellt, geraten sie in keinerlei Widerspruch; denn: Wenn einerseits schon bei der Entstehung der Leberzirrhose überhaupt, wie ganz besonders bei der Entstehung der *Wilson*-Leber konstitutionellen Momenten eine derartig ausschlaggebende Rolle zukommt, wie das die Konstitutionspathologie lehrt. und andererseits der Gedanke, daß die Leber im Mittelpunkt des gesamten Krankheitsgeschehens steht (und die Hirnveränderungen sekundärer Natur sind), immer festere Formen annimmt, so ergibt sich hieraus fast zwangsläufig der ebenso einfache wie natürliche Schluß, daß bei Erkrankungen der *Wilson*-Pseudosklerose-Gruppe die heredo-degenerative Natur des Leidens allein in der auf vererbbaren Anlagefaktoren beruhenden Leberveränderung besonderer Art zum Ausdruck kommt. Wir müssen annehmen, daß dabei der Leberveränderung eine gestaltende Rolle auf das Krankheitsbild im Gehirn zufällt und damit würde auch diese Krankheit, ähnlich wie die amaurotische Idiotie, aus dem Gebiet der primären abiotrophischen Hirnprozesse herausfallen (s. a. *Scholz:* Klin. Wschr. 1932!).

Bruno Schulz-München: **Über die wissenschaftlichen Grundlagen der erbbiologischen Begutachtungen.**

Man wird bei erbbiologischen Begutachtungen zunächst fragen, welcher erbbiologische Wert einem Menschen zukommt. Die erbbiologischen Grundlagen für die Beantwortung dieser Frage sind teils rein empirisch gewonnen durch systematische Untersuchungen der Kinder und Enkel einer größeren Zahl von Personen, die von einem bestimmten Leiden befallen sind, oder auch der Kinder und Enkel von Verwandten solcher Kranker. Teils sind auch auf Grund der genannten und ähnlicher systematischer Familienuntersuchungen Theorien über den Erbgang der Leiden aufgestellt, und auf Grund oder mit auf Grund dieser Theorien wird auf den erbbiologischen Wert der Kranken oder ihrer Verwandten geschlossen. Auch Zwillingsuntersuchungen dienen mit zum Aufstellen derartiger Theorien. Schließlich aber sind derartige Theorien auch nicht auf Grund systematisch-statistischer Untersuchungen sondern auf Grund von Untersuchungen einer größeren Zahl von Einzelfamilien, in denen sich ein oder mehrere Kranke bestimmter Art finden, aufgestellt. Es wird dargelegt, welche Art bzw. vornehmlich welche Art von Untersuchungen und Überlegungen bei den verschiedenen Leiden dazu geführt hat, ihre Träger oder die Verwandten solcher Träger als erbbiologisch bedenklich anzusehen.

Wenn aus rein eugenischen Gesichtspunkten der erbbiologische Wert eines Menschen als mehr oder weniger fraglich erscheint, ist jedoch weiterhin zu prüfen, wie weit sich aus sozialen, wirtschaftlichen und bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten die Ausschaltung derartiger Personen von der Fortpflanzung auf Grund des Sterilisierungsgesetzes rechtfertigen läßt oder wieweit sich auch nur rechtfertigen läßt, die Fortpflanzung dieser Personen aus den genannten Gründen als unerwünscht zu bezeichnen, oder wieweit sich schließlich bevölkerungspolitisch rechtfertigen läßt, solche Menschen aus rassenhygienischen Gründen von bestimmten Berufen auszuschalten. Zum mindesten wird es nötig sein, sich klar zu machen, wieviele Personen nach den Grundsätzen für die Tätigkeit der Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege, die vom Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern herausgegeben sind, als aus rassenhygienischen Gründen ungeeignet für die Fortpflanzung bzw. als ungeeignet für bestimmte Berufe anzusehen sind. Die Zahl dieser Personen ist nicht gering. Man wird daher schon aus Gründen der quantitativen Bevölkerungspolitik alles daran setzen müssen, daß niemand als ungeeignet in dem genannten Sinne bezeichnet wird, der bei genauerer Kenntnis der tatsächlichen Verhältnisse — sei es der Ziffern der empirischen Erbprognose, sei es des Erbgangs eines Leidens — doch noch als geeignet angesprochen werden würde. Oft werden nur erbbiologisch bewanderte Fachärzte die Verhältnisse richtig zu überblicken vermögen. (Der Vortrag erscheint in der Zeitschrift »Der Öffentliche Gesundheitsdienst«.)

Diese Mitgliederversammlung war zugleich eine solche der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte und des Deutschen Vereins für Psychiatrie, da die Vereinigung dieser beiden Körperschaften zu einer Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater hier endgültig zu vollziehen war.

Alle Mitglieder beider bisherigen Vereine waren am 20. Juli 1935 durch Übersendung des Programmes der ersten Jahresversammlung der neuen Gesellschaft unter Mitteilung der Tagesordnung vom Reichsleiter eingeladen worden. Somit war der Bestimmung in § 9[2] der Satzung der neuen Gesellschaft Genüge

getan, nach welcher die Mitgliederversammlung beschlußfähig ist, wenn die schriftliche Einladung mindestens zwei Wochen vor dem Zusammentritt mit der Tagesordnung den Mitgliedern zugeschickt worden ist. Die Satzungen der bisherigen Gesellschaft Deutscher Nervenärzte und des Deutschen Vereins für Psychiatrie enthalten eine derartige Fristsetzung nicht.

Gleichzeitig war den Mitgliedern die vom Reichsinnenministerium genehmigte Satzung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater zugegangen.

Anträge an die Mitgliederversammlung waren nicht eingegangen.

Prof. Dr. *Rüdin*, welcher vom Reichsinnenministerium mit der Neuorganisation beauftragt worden war, eröffnete die Sitzung mit einem Bericht über Vorgeschichte und Zweck der Verschmelzung beider Vereinigungen und hob besonders hervor, daß nach dem Willen des Reichsinnenministeriums diese neue Organisation eine erhöhte Gewähr für die Mitarbeit der deutschen Nerven- und Irrenärzte an den ihnen im nationalsozialistischen Staate erwachsenden wichtigen Aufgaben bieten solle. Dabei betonte der Reichsleiter, daß diese Verschmelzung auch den Wünschen zahlreicher Fachgenossen und den Interessen der neurologischen und der psychiatrischen Wissenschaft entspreche.

Unter Hinweis auf die erfolgte Übersendung der Satzung der neuen Gesellschaft an alle Mitglieder erklärte *Rüdin*, daß diese Satzung als auf der heutigen Mitgliederversammlung genehmigt zu gelten habe, falls sich kein Widerspruch gegen sie erhebe. Dies geschah nicht, die Satzung war also damit durch die Mitgliederversammlung genehmigt. Auch der Vorstand wurde von der Mitgliederversammlung bestätigt.

Professor *Rüdin* nahm dann Bezug auf seine ausführliche Ansprache, welche er bei Eröffnung der Tagung am ersten Sitzungstage gehalten und in der er Ziel und Zweck der neuen Gesellschaft ausführlich dargelegt hatte.

Die Gesellschaft besteht bei ihrer Gründung aus 1085 Mitgliedern.

Die Herren *O. Foerster* und *M. Nonne*, welche Ehrenvorsitzende der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte waren, gehören der neuen Gesellschaft in gleicher Eigenschaft an, ebenso die bisherigen Ehrenmitglieder und korrespondierenden Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte.

Neu ernannt hat der Beirat zu Ehrenmitgliedern jetzt die Herren Professor Dr. *Bonhoeffer* (Berlin), Professor Dr. *Sommer* (Gießen) und Professor Dr. *Schaffer* (Budapest).

Reichsleiter der Gesellschaft ist Professor Dr. *Rüdin* in München, stellvertretender Reichsleiter Professor Dr. *Pette* in Hamburg, Reichsgeschäftsführer Professor Dr. *Nitsche* in Pirna; Beiratsmitglieder sind weiter Obermedizinalrat Dr. *Ast* in Eglfing, Professor Dr. *de Crinis* in Köln, Professor Dr. *Demme* in Hamburg, Professor Dr. *Hoffmann* in Gießen, Professor *Kretschmer* in Marburg, Obermedizinalrat Dr. *Roemer* in Illenau, Professor Dr. *Carl Schneider* in Heidelberg, Professor Dr. *Schroeder* in Leipzig.

Im Auftrage des Reichsleiters berichteten dann *Roemer* über die Organisation des »Deutschen Ausschusses für psychische Hygiene« und *Nitsche* über die eines »Ausschusses für praktische Psychiatrie« im Rahmen der psychiatrischen Abteilung der Gesellschaft, wobei die Aufgaben beider Ausschüsse umschrieben wurden.

Nitsche, der bis auf weiteres auch die Kassengeschäfte führt, trug kurz

den Kassenbericht vor und teilte mit, daß der Mitgliedsbeitrag für das nächste Jahr wieder auf 5 Mk. festgesetzt, außerdem aber bestimmt worden sei, daß künftig Teilnehmer an den Jahresversammlungen, welche der Gesellschaft nicht als Mitglieder angehörten, eine Kongreßgebühr von 3 Mk. zu zahlen haben würden.

Weiter berichtete der Reichsleiter, daß über das auf der vorjährigen Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zum zweitenmal gestellte Preisarbeitsthema: »Das Häufigkeitsverhältnis von vererbtem und nicht vererbtem Schwachsinn im frühen Kindesalter« nur eine Arbeit eingegangen sei, der aber nach übereinstimmender Ansicht aller vier zugezogenen Beurteiler ein Preis nicht zuerkannt werden könne. Dem Verfasser werde anheimgegeben, dem Reichsgeschäftsführer eine Anschrift zu nennen, an welche die Preisarbeit samt dem beigefügten uneröffneten Briefumschlag mit dem also unbekannt bleibenden Namen des Verfassers zugesandt werden könne. Der Beirat habe davon abgesehen, ein neues Thema für eine Preisarbeit aufzustellen, vielmehr beschlossen, die Verfasser zweier im laufenden Geschäftsjahr veröffentlichter wissenschaftlicher Arbeiten mit Preisen zu bedenken, worüber in der nächstjährigen Beiratssitzung Entscheidung zu treffen sei.

Die nächste Tagung der Gesellschaft soll im August oder September 1936 in Frankfurt am Main stattfinden[1]).

Als Berichtsthemen für die nächstjährige Tagung werden folgende in Aussicht genommen:

Für die neurologische Sitzung: Stoffwechsel und Nervenkrankheiten.

Für die gemeinsame Sitzung: ein psychotherapeutisches Thema. Für die psychiatrische Sitzung: ein Thema aus dem Gebiet der Beziehungen von Psychologie und Psychopathologie zur Psychiatrie. Vielleicht auch die Bedeutung der *Kraepelin*schen klinischen Psychiatrie für die heutige Psychiatrie.

Die Laehrstiftung und die Einrichtung der Erb-Medaille werden naturgemäß in die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater mit übernommen. Herr Professor *Foerster* wird gebeten, im Benehmen mit Herrn Professor *Pette* zu gegebener Zeit dem Reichsleiter Vorschläge für die Verleihung der Erb-Medaille zu machen.

Der Reichsleiter: *Rüdin.*

Der Reichsgeschäftsführer: *Nitsche.*

---

[1]) Nachträglich machte es sich nötig, die nächstjährige Tagung in Frankfurt a. M. auf 23. bis 25. August 1936 anzuberaumen.

Über eine eigenartige Hirnerkrankung (vaskuläre Lipoidose).

Von

Carl Schneider, Heidelberg.

Mit 15 teils farbigen Abbildungen auf 8 Tafeln.

Wilhelm Kuschmarek, geb. 23. November 1900 in B., Kreis Gelsenkirchen.

Aufgenommen in Bethel, 18. 1. 1915, gestorben 26. 6. 1933.

Über die Familie ist nichts bekannt geworden, angeblich soll keinerlei erbliche Belastung nachweisbar sein. Es war leider nicht möglich, eingehende Untersuchungen darüber anzustellen.

Bereits vom dritten Lebensmonat an traten epileptische Anfälle auf, die sich im neunten Lebensjahr wesentlich verstärkten. Der Kranke war von Geburt an schwachsinnig, besuchte zunächst noch die Volksschule, lernte aber weder lesen noch schreiben und mußte die Schule schließlich wegen seiner Anfälle verlassen. Die Anfälle begannen mit einem Zittern der Arme und Hände, durch welches er Gegenstände, die er gerade in den Händen hatte, fallen ließ, fällt dann um, blieb ohne Zuckungen ruhig und bewußtlos liegen. Nach einiger Zeit konnte er sich erheben, blieb aber nach jedem solchen Anfall längere Zeit teilnahmslos. Im Jahre 1914 traten fast wöchentlich, besonders vormittags, ein bis zwei Anfälle auf. Leider ist ein körperlicher Aufnahmebefund nicht verzeichnet. Über das seelische und geistige Verhalten wird berichtet, daß er zwischen Zeiten ruhigen und stillen und solchen widerspenstigen und unzufriedenen Verhaltens schwankt, im ganzen aber geistig ziemlich stumpf ist. Gelegentlich kommt er in Streit mit anderen und wird dann auch gewalttätig. Zunächst ist er nur zu einfachen Arbeiten imstande, dann bessert sich im Jahre 1919 vorübergehend der geistige Zustand wesentlich. Man kann ihm Botengänge auftragen. Im Lauf der Zeit kommt es aber zu einer ausgesprochenen Verblödung. Er wird schließlich bettlägerig, verlernt sitzen, gehen und stehen. Vor allem fällt eine zunehmende Veränderung der Sprache auf. Er »stottert«, und die Sprache wird als »schwerfällig, plump und abgehackt« geschildert. Schließlich reagiert er gar nicht mehr auf Anrede, und muß sogar gefüttert werden. Die Zahl der Anfälle schwankt: die in ( ) gesetzten Zahlen geben »Schwindel« an:

Jahr:	Anzahl der Anfälle im			
	1. Quart.	2. Quart.	3. Quart.	4. Quart.
1917	—	—	1	—
1918	—	—	—	—
1919	1	—	1	—
1920	—	—	—	—
1921	—	31	42 (2)	37 (3)
1922	36	—	27	34
1923	35	32	10 (1)	10
1924	20 (1)	34	40	35 (3)

Jahr:	Anzahl der Anfälle im			
	1. Quart.	2. Quart.	3. Quart.	4. Quart.
1925	40 (1)	37	35	38 (1)
1926	53 (3)	32	38 (2)	40
1927	41	46	41	40
1928	45	28 (2)	18	54
1929	53	38	43	50
1930	50 (1)	35	36	37
1931	49	36	57 (1)	49
1932	35	29	26 (1)	14

Es kamen auch echte epileptische Anfälle mit ausgesprochen klonischen Zuckungen zur Beobachtung.

Im Laufe der Jahre machte er eine ganze Reihe körperlicher Erkrankungen durch: 1915 durch Sturz Knochenbruch, 1917 eine Lungen- und Rippenfellentzündung, 1922 eine Kniegelenkseiterung, an die sich eine Wundrose anschloß. 1923 eine Eiterung am Ellenbogen. Im zweiten Halbjahr 1923 trat Erbrechen auf, es kam zu Ödemen an den Beinen, zur Entwicklung eines Ascites, es wurde eine Bauchfelltuberkulose diagnostiziert. Im Laufe der Jahre 1921—26 tritt eine allmähliche Steigerung der Linsentrübung beiderseits auf. Eine Staroperation links führt zur Entwicklung eines Kapselstars. Die Erblindung schreitet fort. 1932 entwickelt sich ein Ulcus duodeni. Es kommt zu kaffeesatzartigem Erbrechen und zu pechschwarzen Stuhlentleerungen. Im Verlauf dieser Erkrankung stirbt der Pat.

Es war mir leider nur einmal möglich, eine genaue neurologische Untersuchung des Kranken durchzuführen. Sie ergab: Im rechten Auge starke Linsentrübung. Rechte Pupille reagiert gut auf Licht. Linke Pupille schräg verzogen (Staroperation?), reagiert nicht. Konvergenz nicht prüfbar. Kopfnerven nicht prüfbar.

Beide Beine sind adduziert. Unter- und Oberschenkel sind atrophisch, besonders rechts. Achillessehnenreflexe beiderseits positiv. Patellarklonus links angedeutet, rechts negativ. Fußklonus beiderseits nicht erschöpfbar. Babinski links positiv, rechts positiv (?). Oppenheim rechts deutlich positiv, links angedeutet. Mendel rechts positiv, links fraglich. Rossolimo rechts negativ, links angedeutet. Cremasterreflex links schwach positiv, rechts stark positiv.

Bauchdeckenreflexe	rechts	links
	+	—
	+	(+)
	—	—

Tricepsreflexe links und rechts positiv. Radiusperiostreflex links positiv, rechts nicht sicher prüfbar. In allen Extremitäten starker Rigor, verbunden mit Spasmen. Hals- und Stellreflexe nicht prüfbar. Beide Hände sehr weich, weit überdehnbar. Starke Kyphose und ausgeprägte Deformation des Brustkorbs.

Der Krankheitsverlauf ist leider klinisch nicht genügend genau beobachtet, sodaß aus ihm keine weitgehenden Schlüsse gezogen werden können. Dies ist um so bedauerlicher, als die histologische

Untersuchung des Gehirns den gleich zu beschreibenden ungewöhnlichen Befund ergab. Wichtig ist aber, daß die Anfälle in ihrer Häufigkeit zunächst weitgehend den Schwankungen der krampfreichen und krampfarmen Lebensabschnitte folgen, über die ich bereits berichten konnte[1]). Es war klar, daß in irgend einer Weise das Kleinhirn am Krankheitsvorgang mitbeteiligt sein mußte.

Sektionsbefund[2]): Leiche eines 33jährigen, stark abgemagerten Mannes mit den Anzeichen des Todes. Deutliche Klump- und Spitzfußstellung beider Füße, über beiden Knien breite verschiebliche Narben. Am rechten Auge ist eine starke Trübung der Linse festzustellen mit deutlich erkennbaren weißen Flecken. Links ist die Pupille nach unten entrundet. Die Iris ist der Hornhaut adhärent, am unteren Rande des Sehlochs die zusammengeschrumpfte Linsenkapsel. Der untere Rand der linken Ohrmuschel ist verdickt. Die Epidermis ist durch kleine, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Blasen abgehoben. Am Rande finden sich ebenfalls blasige Abhebungen der Epidermis. Das Gewebe ist hier von Blutungen durchsetzt.

Länge des Schädeldachs: 17 cm, größte Breite: 15 cm, und durchschnittliche Dicke 0,5 cm. Breite Diploe, Nähte deutlich ausgeprägt. Dura mäßig gespannt. Längsblutleiter o. B. An der Innenfläche der Dura fallen Membranen und kleine Blutungen und feine Gefäßchen im Bereich der Auflagerungen auf. Über der rechten Hemisphäre derselbe Befund.

Hirngewicht 1241 g.

Die weichen Hirnhäute sind zart und durchscheinend. Sie sind von der Hirnsubstanz abziehbar. Gefäße ohne wesentlichen Befund. In den Hirnschenkeln tritt die Substantia nigra nicht deutlich hervor. Ein horizontaler Durchschnitt durch das Kleinhirn zeigt, daß der Nucleus dentatus groß ist. Seine Umwandungen treten über die Schnittfläche hervor, er fühlt sich derb an, und es finden sich in seinem Bereich zahlreiche feine weißliche Stippchen. Dabei ist die Zeichnung des Nucleus dentatus auf beiden Seiten unscharf. Sonst ist das Kleinhirn ohne wesentlichen Befund. Gehirn blaß. Frontalschnitte durch die linke Hemisphäre lassen an Rinde, Marksubstanz und Stammganglien keine besonderen Veränderungen erkennen.

Zwerchfellstand beiderseits dritte Rippe. Das Herz mit verhältnismäßig guter, epikardialer Fettbewachsung. Muskulatur blaß, Klappen und Gefäße ohne wesentlichen Befund. An der linken Lungenspitze finden sich umschriebene kleine bläschenförmige Erhebungen der Pleura. Über den seitlichen Abschnitten des Unterlappens ist die Pleura gerötet und mit feinen Fibrinniederschlägen bedeckt. Der Unterlappen ist verdichtet. Auf der Schnittfläche treten kleine, graurot gefärbte, sich etwas vorwölbende Herde hervor. Das Lungengewebe ist blutreich. In den peripheren Bronchialästen ist die Schleimhaut stark gerötet. Die rechte Lunge ist durch Verklebungen an der vorderen und äußeren Brustwand adhärent. Es findet sich hier eine abgesackte Empyemhöhle, die mit stinkendem Eiter angefüllt ist. Am unteren Rande des Oberlappens findet sich eine über zweipfennigstückgroße Öffnung

[1]) Nervenarzt.

[2]) Herr Dr. *Roesner*, Leiter des path. anat. Instituts der Krankenanstalten des Diakonissenhauses Sarepta, Bethel bei Bielefeld, bin ich für die Überlassung seines Befundes sehr dankbar.

an der Oberfläche, die in eine ungefähr wallnußgroße Zerfallshöhle einführt. Diese Zerfallshöhle ist ziemlich scharf begrenzt, das umgebende Gewebe ist pneumonisch infiltriert. Ein Durchschnitt durch die Lunge zeigt, daß Ober- und Unterlappen in großer Ausdehnung von kleinen bronchopneumonischen Herden eingenommen wird. Es findet sich eine sehr lange stark geblähte Flexura sigmoidea, diese reicht bis in den Oberbauch hinauf. Milz groß, Kapsel glatt. Pulpa mäßig weich. Linke Niere und Nebenniere ohne wesentlichen Befund. Rechte Niere: an der Oberfläche finden sich leichte narbige Einziehungen. Sonst an der rechten Niere kein wesentlicher Befund. Die Schleimhaut des Magens ist blaß. Einen Querfinger unterhalb des Pylorus, an der Hinterwand des Duodenums eine kaum pfennigstückgroße glatte Narbe, zu der Schleimhautfalten strahlig hinlaufen. Sonst am Duodenum kein wesentlicher Befund. Die Gallenwege sind frei durchgängig. Gallenblase ohne wesentlichen Befund. Leberkapsel glatt, Parenchym etwas blaß, sonst o. B.

Pathologisch-anatomische Diagnose:

Pachymeningitis haemorrhagica interna (beiderseits über beiden Großhirnhälften). Veränderungen des Nucleus dentatus. Abgeheiltes Geschwür des Bulbus duodeni. Empyem rechts bei Gangränherd des rechten Oberlappens. Fibrinöse Pleuritis links. Bronchopneumonie des rechten Ober- und Unterlappens und des linken Unterlappens.

Linsentrübung rechts, Zustand nach Entfernung der Linse links.

Die genauere Betrachtung des nucleus dentatus ergab noch einige das Sektionsprotokoll ergänzende Einzelheiten. Sowohl der Markkern als auch das Vlies des Nucleus dentatus erschienen grau und etwas eingesunken. Die gezahnte Linie des Kerns selbst war etwa 1 mm über die Umgebung erhoben. Er zeigte eine eigentümliche mattweißgelbe Färbung. Über diesen an sich bereits erhobenen Linien des Kerns standen kleine Stippchen verschiedener Größe bis etwa 1 mm im Durchmesser hervor, sodaß die Schnittfläche der Kernlinie ein ganz eigentümlich höckeriges Aussehen gewann. Diese Veränderungen waren auf der Photographie selbstverständlich nicht darzustellen. Abb. 1 aber zeigt sowohl die Verfärbung des Markkerns als auch des Vlies des Nucleus dentatus und zeigt besonders, wie auffällig weiß sich der Kern selbst von seiner Umgebung abhebt.

Histologische Befunde: Die histologische Untersuchung der Körperorgane[3]) ergab nichts Besonderes.

Schnitte aus dem Kleinhirn, und zwar aus dem Nucleus dentatus mit den angrenzenden Windungsteilen zeigten bei Scharlachrotfärbung ein vollständig ungewohntes Bild. Die Veränderungen betrafen in erster Linie die Gefäße. Von ihnen soll daher die Beschreibung ausgehen. Im Gebiet des Nucleus dentatus findet man fast überhaupt kein einziges Gefäß von normaler Beschaffenheit. Im Gegenteil, sowohl die Venen als auch die Arterien aller im Hirngewebe überhaupt vorkommenden Größen bis herunter zu den Kapillaren sind verändert, und zwar fast ausnahmslos, mindestens in Andeutungen. Die Bilder sind sehr wechselnd, lassen sich aber in eine Reihe von Typen bringen. Deren wichtigste sind:

1. Gefäße, in welchen Adventitialraum und Endothelrohr noch deutlich unterschieden werden können. Hierbei können aber bereits im Adventitialraum verhältnismäßig viele Zellen liegen, deren Kerne in der Regel heller und

---

[3]) durch Dr. *Roesner*, Bethel bei Bielefeld.

größer sind als normal. Fast erhält man dadurch den Eindruck einer Kern- und Zellvermehrung im Adventitialraum (Abb. 2).

Außerdem finden sich im Adventitialraum Markfasern, und zwar in rundlichen oder länglichen Bündeln. Solche liegen teils einzeln, teils zu mehreren, teils in einer Art Kranz im Adventitialraum. Daß es sich hier wirklich um Markfasern handelt, wird durch den Vergleich mit nach *Spielmeyer* gefärbten Gefrierschnitten deutlich, in denen die entsprechenden rundlichen oder länglichen Bündel deutliche Markfärbung ergeben (Abb. 3). Diese Veränderungen kommen in zahlreichen Gefäßen in allen Kleinhirnschnitten vor.

2. In den Adventitialzellen liegt tropfenförmig Neutralfett, Fettseife oder aber auch lipoide Substanz, die sich mit *Weygerts* Hämatoxylin bald hellbläulich, bald dunkelblau bis schwarz färben. Diese Fettablagerung beschränkt sich zunächst auf Adventitialzellen.

3. Der gesamte Adventitialraum im Gefäß ist bei diesem Typus erfüllt mit fett- und lipoidhaltigen Zellen, sodaß derselbe geradezu mit fetthaltigen Zellen vollgestopft erscheint. Das Endothelrohr wird von diesen fetthaltigen Zellen in verschiedener Weise umgriffen und manchmal erweckt es fast den Eindruck, als würde es von ihnen zusammengepreßt. Dabei ist dann die sonstige Struktur des Adventitialraums verloren gegangen. Beinahe pflasterähnlich preßt sich Lipoid- oder Neutralfettzelle an Fettzelle. Im einzelnen haben diese Zellen eine recht verschiedene Beschaffenheit. Zum Teil sind sie klein, zum Teil übermäßig groß, zum Teil ist das Fett oder das Lipoid in kleinsten Tröpfchen bis zu größeren abgelagert, oder aber es erfüllt als einziger Tropfen die ganze Zelle oder aber es liegen neben einem großen einzelne kleinere Tropfen, so daß man den Eindruck erhält, als ob sich allmählich aus zahlreichen kleinsten ein einziger riesengroßer Tropfen bilde (Abb. 4 und 5). Schon in diesem Typus machen sich einzelne Farbunterschiede geltend, und zwar färben sich die eingelagerten fettigen Substanzen mit Scharlachrot teils tiefdunkelrot, teils nur gelblich und mit Nilblausulfat teils blaßrosa, teils blau. Es liegen also sowohl Neutralfette, als Lipoide, als auch Fettseifen vor. Die Kerne dieser fetthaltigen Adventitialzellen sind für gewöhnlich klein, dunkel, dicht, meist rundlich, mitunter von unregelmäßigem Umriß. Mitunter liegen mehrere Kerne in einer solchen Zelle.

4. Adventitia und Endothelrohr haben etwa die unter Typus 3 beschriebene Beschaffenheit, um sie herum aber hat sich ein Kranz von Zellen gelegt, welche teils gliöser, teils mesodermaler Abkunft sind, mitunter aber auch deutlich die Beschaffenheit von Lymphozyten aufweisen (Abb. 6, a). Mitunter führt diese Gliazellvermehrung direkt zu einem soliden Zellmantel um das Gefäß. Entsprechend der gliösen Zellvermehrung neben der mesodermalen ergibt sich eine gliöse Faservermehrung. Auch die Gliafasern scheiden das Gefäßrohr wie mit einem Mantel ein.

5. Teils mit, teils ohne einen solchen Zellmantel um den Adventitialraum herum, hat das Gefäß im fünften Typus seine Gefäßstruktur völlig verloren, es kann das Endothelrohr nur noch in Resten nachweisbar oder völlig verschwunden sein, und es wird nun der Gefäßraum erfüllt von einem Gewirr größerer oder kleinerer in Zellen mit pyknotischem dunklem Kern liegenden Fettropfen. In diesen Fettropfen, die durchgängig eine gelbliche oder hellorange Färbung zeigen, liegen helle ungefärbte Stellen von nadelförmiger oder tafeliger Form, welche — freilich nicht ausnahmslos — bei der histochemischen Prüfung besonders mit Schwefelsäure die Farbreaktion des Cholesterins

und bei der Prüfung mit den *Nicol*schen Prismen Doppelbrechung zeigen. Dies kann soweit gehen, daß schließlich im Gefäßraum, der eine eigentliche Gefäßstruktur jetzt überhaupt nicht mehr zeigt, ein vollkommenes Durcheinander von Schollen, Tafeln und Nadeln doppelbrechender, Cholosterinreaktion gebender Substanzen liegt, innerhalb dessen nur noch einzelne Partien mit Scharlachrot eine schwach gelbliche oder schwach orange Farbe annehmen (Abb. 7). In den Gefäßen dieses Typus findet man bei der Prüfung mit Nilblausulfat sehr häufig eigentümliche Mischfarbtöne zwischen Blau, Violett und Rot, doch tritt auch hier eine Neigung zur Entfärbung auf, so daß etwa in einer Zelle, die an sich einen einzigen Fettropfen enthält, ein Teil dieses Tropfens rötlich, ein anderer violett, ein anderer wieder ganz schwach rosa gefärbt ist und innerhalb des schwach rosa gefärbten Teiles sich ungefärbte Schollen und Nadeln zeigen.

6. Schließlich können auch alle Nadeln und Schollen verschwunden sein, und es bleibt eine bei den verschiedenen Färbungsmethoden bald mehr braun, bald mehr gelblich getönte homogene oder schollige Masse zurück, die keine Fett- oder Lipoid- oder sonstige Reaktion mehr zeigt (Abb. 8, a).

Es lohnt sich, diese höchst eigenartigen Veränderungen an den Gefäßen zunächst noch mit anderen Methoden genau zu studieren. Am Nißlbild erkennt man zunächst sowohl die Zellvermehrung des Adventitialraums als auch ihre stärkere Anfärbung. Man sieht auch, daß zunächst nur die größeren Gefäße befallen werden, die Kapillaren können zunächst frei bleiben. Immerhin fällt auch an ihnen schon auf, daß sich das Protoplasma stärker färbt (Abb. 6b). Überhaupt nimmt sehr bald das Protoplasma der Adventitialzellen eine eigentümliche, kompakte, schollige Beschaffenheit an und wird sowohl mit basischen als auch mit sauren Farbstoffen stark färbbar (Abb. 2).

Man erwartet natürlich nach der Betrachtung der so auffallenden Fettspeicherung in den Gefäßwandzellen im Nißlpräparat das kennzeichnende Bild der mit Gitterzellen erfüllten Gefäßwände zu finden. Doch trifft diese Erwartung nicht durchgängig ein. Vielmehr zeigen auch schon weitgehend veränderte Gefäße ein mehr scholliges als tropfiges Verhalten der eingelagerten Stoffe, und je stärker das Gefäß verändert ist, um so stärker werden die gespeicherten Fettstoffe alkoholunlöslich. Sie nehmen dann mitunter eine ganz schwach grünliche Eigenfarbe an. Auch der schließlich übrigbleibende Detritus behält diese wenigstens stellenweise. Sehr auffällig aber ist, daß einzelne, der im Fettbild unfärbbar gewordenen Kristalle sich nun auch im *Nißl*-präparat als alkoholunlöslich erwiesen. Es handelt sich durchweg um nadelförmige oder länglich-rechteckige schmale Kriställchen. Diese liegen offenbar noch im Zellprotoplasma. Wenigstens sieht man neben ihnen noch nicht nekrotisch gewordene Zellkerne, die, wenn auch nur mehr noch vereinzelt aus der anfänglich angereicherten Zellmasse im Gefäßraum übergeblieben sind. Anfänglich färben sich diese Zellen, zumal im uneingebetteten Präparat, gern diffus oder schollig an. Ihr Protoplasma tritt dadurch in ungewöhnlichem Maße hervor. Man kann nicht recht sagen, ob solche Zellen dann bereits Fett oder Lipoide enthalten. In stärker veränderten Gefäßen aber ist das Protoplasma der fettspeichernden Zellen mit Thionin oder Toluidinblau überhaupt kaum mehr oder gar nicht mehr färbbar, ein Befund, der zu dem gleich zu erwähnenden Verhalten bei der Färbung mit sauren Farben in auffälligem Gegensatz steht. Dadurch, und durch die im Nißlbild stark hervortretende Wucherung der das Gefäß umgebenden Glia, entstehen ganz eigenartige und

ungewohnte Bilder, je nachdem man das Gefäß nur im Anschnitt, oder im Schrägschnitt oder im Querschnitt getroffen hat. Die Kerne der fettspeichernden Zellen — es handelt sich zunächst sicher um Adventitialzellen — erscheinen zunächst vermehrt. Sie sind sehr hell, meist rundlich oder schwach länglich. Allmählich werden sie dunkler, bis sehr dunkel, und zeigen auch Zerfallserscheinungen. Die bis zuletzt überdauernden Kerne nehmen immer mehr unregelmäßige Gestalt an, längliche geknickte oder gebogene Formen überwiegen. Mitunter sind sie noch umgeben von einem bröckelig, krümelig sich anfärbenden Protoplasmasaum oder -hof von unregelmäßiger Gestalt. Die Bilder erinnern dann an atrophisierendes Fettgewebe.

Von besonderer Bedeutung ist natürlich das Verhalten der Media (soweit sie an den Gefäßen ausgebildet ist) und der Intima.

Die Media wird oft hyalinisiert. Sie verarmt an Kernen und wird an stärker veränderten Gefäßen nicht mehr angetroffen. Eigentümlich ist, daß Übergangsbilder, die man doch erwarten sollte, nicht angetroffen werden.

Von der Intima erhält sich am längsten das Endothelrohr. Man sieht es selbst bei weitgehend veränderten Gefäßen noch durch bzw. zwischen den mit Fett erfüllten, an Zahl schon gering gewordenen Speicherzellen durchschimmern, mitunter als ganz kernarmes, feines Häutchen im optischen Querschnitt. An anderen Gefäßen wieder begegnet man einer deutlichen Vermehrung der Endothelkerne. Sie liegen dann als helle, spindelige Kerne mit stark gefärbten Kernkörperchen dicht an- oder sogar nebeneinander. Es ist auffällig, daß die spindeligen Formen überhaupt ganz das Feld beherrschen und die so kennzeichnenden Zellen mit gelochten Kernen ganz fehlen. Nicht selten scheinen sich einzelne dieser spindeligen Endothelkerne loszulösen, um in das umgebende Speichergewebe überzutreten. Jedoch habe ich niemals eine Übergangsform zwischen sicherer Endothelzelle und sicherer Fettspeicherzelle finden können.

Es ist nun überraschend, daß die Bilder, die man mit sauren Farbstoffen, also mit Eosin und mit Pikrinsäure gewinnt, ein sehr viel klareres Bild der Adventitialräume gewähren (Abb. 9, 10, 11). Man erkennt, wie sich der Adventitialraum zu erweitern scheint, wie er sich (Abb. 9a) zunächst mit protoplasmareichen Zellen füllt, wie allmählich der Protoplasmagehalt abnimmt (Abb. 9b), aber das Endothelrohr und die Media noch deutlich erkennbar sind (Abb. 9c). Auch *van Gieson*- und Eosin-Hämatoxylinpräparate zeigen dann die Entwicklung eines Zellgitters, dessen einzelne Zellen in der Regel einkernig, nur selten zwei- oder dreikernig sind (Abb. 10a). Gegen den anfänglich vermehrten Zellgehalt hat aber dann schon wieder eine Abnahme stattgefunden. Man erkennt hier sehr viel deutlicher als im *Nißl*bild die typische Struktur der Körnchenzellen mit teils kleinen, teils großen, oft sogar riesigen Tropfen, die von einem schmalen, mit sauren Farbstoffen gut färbbaren Protoplasmasaum umgeben sind (Abb. 10b). Intima und Media können hierbei noch verhältnismäßig gut erhalten sein (Abb. 10). Aber es kommt dann allmählich zu einer vollkommenen Auflösung auch dieser (Abb. 9d, e, 11)[1]. Es können zuletzt noch einzelne kollagene Fasern oder Faser-

[1]) Ich muß es also offen lassen, ob es sich um eine Auflösung im strengen Sinne, oder um einen einfachen Schwund, oder um einen Übergang, oder eine Umwandlung auch der Intima- und Mediazellen in lipoidhaltige Zellen handelt. Das kann man aus meinem Falle nicht entscheiden.

bündel den Adventitialraum durchziehen. Man sieht aber auch vollkommenes Verschwinden aller endothelialen Elemente und der gesamten Media (Abb. 11 b, 10 c, 9 e), und zwar gilt das für alle Arten und Größen von Gefäßen. Niemals tritt eine Vermehrung, stets nur ein Schwund der kollagenen Fasern auf. Wenn die kollagene Färbung der die Gefäßräume in diesem Stadium noch durchziehenden Fasergitter nicht mehr möglich ist, kann die *Bielschowsky*färbung in diesem Stadium doch noch silberimprägnierte mesenchymale Fibrillen in den Gefäßräumen darstellen (Abb. 8 b). Diesem Bild vorher geht ein ebenfalls im *Bielschowsky*bild gut darstellbarer Umbau auch der die Gefäßwandschichten durchziehenden fibrillären Elemente (Abb. 13). Es zeigt sich aber gerade auch dabei, daß die Gefäßstruktur vollkommen aufgelöst ist, und daß alle endothelialen und medialen Bestandteile geschwunden sein können.

Im Gebiet des Nucleus dentatus sind sehr zahlreiche Gefäße bis zur völligen Auflösung ihrer Struktur und bis zur Anhäufung von Detritusmassen oder unfärbbaren Schollen zerstört. In den übrigen Kleinhirngegenden beschränkt sich die Veränderung in der Regel auf die Anhäufung des Lipoidzellenpflasters mit Lipoidnadeln oder Cholosterintafeln in der Adventitia bei Erhaltung der Media oder des Endothels. In den Kapillaren findet man, daß Fettropfen sich an die Endothelkerne anlegen, wobei nicht immer deutlich ist, ob die Endothelzellen der Kapillaren selbst erfüllt sind oder ob es sich nur um eine Anlagerung von Fett in etwaigen Membranen neben dem Endothel handelt. Aber sicher gehen auch an vielen Stellen die Kapillaren fettig zugrunde.

Die beschriebenen Bilder haben zu gleicher Zeit gezeigt, daß die in den Adventitialräumen liegenden Markfasern allmählich ebenfalls mit in die Zerstörung einbezogen werden, sie sind jedenfalls bei den weitgehend veränderten Gefäßen nicht mehr darstellbar.

Im einzelnen muß zu der Beschaffenheit der abgelagerten Fette und Lipoide noch nachgetragen werden, daß ein Teil von ihnen offenkundig alkoholunlöslich ist. Man findet jedenfalls im alkoholfixierten Präparat ebenfalls gelegentlich Schollen und Kristalle ähnlicher Art wie im formolfixierten, und daß ein anderer Teil mit Formol vorbehandelt, alkoholunlöslich wird. Färbt man Schnitte, die mit Formol vorbehandelt sind, schließlich nach Zelloidineinbettung nach *Nißl*, so ergibt sich, daß sehr viel mehr der sonst herausgelösten lipoiden Substanzen in den Zellen nachweisbar sind, es muß also ein Teil dieser Substanzen durch das Formol alkoholunlöslich geworden sein.

An dem Prozeß beteiligen sich aber nicht nur die Gefäße in der oben bezeichneten, höchst eigenartigen Weise, sondern auch — wenigstens stellenweise — das übrige Gewebe. Der Markkern des Nucleus dentatus ist, wie sich z. B. auch auf Abb. 4 a deutlich darstellt, erfüllt mit zahlreichen lipoiden oder fetthaltigen Zellen, und zwar sind diese Zellen teils typisch abgeänderte, aber noch nicht aus ihrem Verband herausgelöste Gliazellen von schaumartiger, gitterartiger oder Körnchenzellstruktur. Daneben liegen Fetttropfen, anscheinend frei im Gewebe, oder aber es sind sowohl mesodermale als auch gliöse Zellen mit feinsten bis groben Fettröpfchen erfüllt. Es ist aber an keiner Stelle zu einem völligen Zerfall des Gewebes gekommen, vielmehr liegen alle Zellen noch im Gewebsverband, sodaß sich im ganzen das Bild des fixen Abbaues ergibt, wie es *Spielmeyer* gezeichnet hat. Es muß

aber schon hier festgestellt werden, daß außerhalb des Nucleus dentatus diese Anhäufung lipoider oder fetthaltiger Zellen im Gewebe nur an einzelnen Stellen des Gehirns vorkommt. Im übrigen entwickeln sich die Veränderungen der Gefäße ganz unabhängig von den Veränderungen des übrigen Gewebes, sodaß also mit lipoiden Zellen dicht vollgefüllte Gefäße in Bezirken liegen, deren Gewebe anscheinend ganz unverändert ist. Es handelt sich also nicht um einen bloßen Transport von Lipoiden nach den Gefäßen. Auch in den Gliazellen können sich fettige Substanzen von mehr gelblicher bis bräunlicher Eigenfärbung ablagern. Solche Zellen ergeben dann gelegentlich in der Anordnung der Körnchen das Bild der *Hortega*glia, während sich sonst die Fettropfen nicht nach Art einer bekannten Zellform, etwa der *Hortega-* oder *Cajal*glia zu verteilen pflegen. Sowohl im Markkern als auch im Vlies des Nucleus dentatus ist es zu einer ziemlich weitgehenden Entmarkung gekommen. Eine ebensolche findet sich in einzelnen Partien sowohl der Kleinhirnrinde als auch des Kleinhirnmarkes (Abb. 12). Die Entmarkung ist fleckig, unscharf begrenzt und geht ohne Fettkörnchenzellbildung vor sich. Abb. 12 zeigt zugleich bei a) die Anhäufung von mit Hämatoxylin färbbaren Schollen in den Gefäßen, und bei b) und c) den Übergang dieser Massen in das unfärbbare Stadium.

Innerhalb der entmarkten Gebiete gehen die Achsenzylinder zugrunde. *Bielschowsky*bilder zeigen ihre erhebliche Verarmung. Den Ersatz der Ausfälle liefert faserige Glia, deren unregelmäßiges Gewirr narbenähnliches Aussehen annimmt. Zumal im Gebiet des Nucleus dentatus sind die Ausfälle durch ein dichtestes Gliafasergewirr ersetzt.

Die Ganglienzellen des Nucleus dentatus haben an Zahl abgenommen. Ein Teil von ihnen zeigt das Bild der ischämischen Nekrose mit Inkrustationen. Die übrigen sind nur sehr wenig verändert. Ihr Kern ist häufig etwas dunkler gefärbt als gewöhnlich. Sie enthalten ein gelbliches bis bräunliches lipoides Pigment und vereinzelte Fettröpfchen.

Die Körnerschichten der Kleinhirnrinde sind ihrem Zellbestand nach offenbar unverändert. Dagegen ist der Gliafasergehalt der Körnerschichten wesentlich vermehrt. Die *Purkinje*schen Zellen sind häufig geschrumpft, ihr Kern auffallend dunkel, von unregelmäßig zerknitterter Begrenzungslinie. In einzelnen *Purkinje*schen Zellen findet man feinste Fettröpfchen. Lipoidzellen sind hier spärlich und in sehr unregelmäßiger Anordnung nachweisbar.

Im Mark der Kleinhirnrinde finden sich zahlreiche kleine Gefäße vollgepfropft mit den lipoiden Substanzen oder auch mit deutlich rot gefärbten Neutralfetten, während im übrigen die Kleinhirnrinde verhältnismäßig unverändert erscheint. An einzelnen Stellen sind die Kapillaren mit lipoiden Stoffen bestäubt. Die Gliazellen der Kleinhirnrinde enthalten vielfach feinste Fettröpfchen. Im *Holzer*bild zeigt sich eine deutliche Vermehrung der Gliafasern. Auffällig ist, daß diese stellenweise die Kleinhirnrinde in einem unregelmäßigen Gewirr durchziehen, und daß ihre Vermehrung nicht gemäß der typischen Anordnung der *Bergmann*schen Fasern erfolgte.

Schließlich bedarf noch eine Eigentümlichkeit im Verhalten der Glia des Kleinhirnmarkes der Erwähnung. Bei der *Bielschowsky*färbung fällt auf, wie zahlreiche Gliazellen vom *Cajal*schen Typus von zum Teil sehr großem Ausmaß mit ihrem Protoplasma darstellbar sind. Die Bilder dieser Zellen erinnern an die Bilder der gemästeten Glia im *Nißl*bild. Es handelt sich um Zellen mit verhältnismäßig großem hellem Kern und einem großen homo-

genen Protoplasmaleib, dem der Kern in der Regel seitlich aufgelagert ist. Gelegentlich finden sich auch zwei Kerne in einem Protoplasmaleib. Von dem großen Protoplasmaleib gehen dicke unregelmäßige Fortsätze mit vereinzelten im *Bielschowsky*bild darstellbaren Ausläufern nach den verschiedenen Seiten hin. Diese Zellen, deren Protoplasmaleib entschieden größer ist, als der der durchschnittlichen *Cajal*schen Zellen, und auch nicht deren Fasergehalt oder Sternform zeigt, finden sich stellenweise im Kleinhirn sehr häufig. Es ist auffallend, daß man diese kennzeichnenden Zellen im *Nißl*bild nicht auffinden kann. Ich habe immer und immer wieder nach ähnlichen Zellen im *Nißl*bild gesucht, aber immer nur einzelne hellere Gliakerne gefunden, niemals den eigentümlichen Protoplasmaleib. Wohl aber sind sie im *v. Gieson*präparat — wenn auch nicht ganz so deutlich — auffindbar, und zwar färbt sich ihr Protoplasmaleib hier schwach aber deutlich gelblich an.

In der Substantia nigra findet man Veränderungen ganz ähnlicher Art in fast gleicher Ausbreitung des Prozesses. Auch hier kehren die mit Lipoid vollgestopften Gefäße wieder, wenn auch die Zerstörung des gesamten Gefäßraumes an keiner Stelle so hochgradig ist, wie im Nucleus dentatus. Auch hier finden sich die gliogenen Körnchenzellen im Gewebsverband, findet sich die Anhäufung von Fettsubstanzen mit oder ohne Eigenfarbe in den Gliazellen. Auch hier gehen Ganglienzellen unter, ohne fettig oder sonst in einer prägnanten Form zu degenerieren. Der Markfaserschwund, soweit er nachweisbar ist, geht auch hier nicht über einen fettigen Zerfall der Markscheide. Der Prozeß gewinnt aber eine lokal eigenartige Note dadurch, daß von den mit Fett vollgestopften Gefäßen aus sich das Fett geradezu in den Gewebsspalten vorzupressen scheint, sodaß um die Gefäße herum in Gewebsspalten in unregelmäßiger Verteilung dicht gedrängt Fettröpfchen liegen, und zwar ohne jede erkennbare Beziehung zu Zellen (Abb. 14). Ja gewisse Bilder (Abb. 15) scheinen zu zeigen, daß die Fettropfen »diapedetisch« aus den Gefäßwänden austreten. Auch hier findet sich eine sehr deutliche Gliavermehrung in sehr unregelmäßiger Verteilung. Dagegen ist es im Gebiet des gesamten Hirnschenkelfußes zu einem nachweisbaren Ausfall der Markscheiden nicht gekommen.

Von geringerem Ausmaß ist die Beteiligung der Olivengegend und der Stammganglien. Auch hier treten die mit Lipoid vollgestopften Gefäße auf, ohne daß es aber im übrigen zu einer schweren Veränderung der ganzen Gegend gekommen wäre, besonders sind die Zellen der Olivengegend nicht an Zahl vermindert. Dasselbe gilt für die gesamten Stammganglien. Hier tritt an den Gefäßen die lipoidige Beschaffenheit der Einlagerungen stark zurück, vielmehr färben sich in der Regel die Einlagerungen mit Scharlachrot dunkel oder jedenfalls tiefrot, bei weitem nicht so häufig gelblich oder orange.

Auch sind nicht alle Gefäße in gleicher Durchgängigkeit erkrankt wie im Nucleus dentatus und in der Substantia nigra. Seltener sind in den Stammganglien auch Markfaserbündel im Adventitialraum zu finden. Das gewöhnliche Pallidumfett ist nach Art und Beschaffenheit unverändert. Nur stellenweise, und ohne daß dabei ein bestimmtes Gesetz erkennbar wäre, begegnet man Partien, in denen eine Anhäufung von Körnchenzellen nach Art des fixen Gewebsabbaus aufgetreten ist. In der Regel handelt es sich um Körnchenzellen, deren Kern leicht pyknotisch geworden ist. Doch nehmen diese Veränderungen im Gebiet der gesamten Stammganglien keineswegs den Raum ein, wie im Markkern des Nucleus dentatus.

Das Rückenmark läßt einige Veränderungen der Gefäße in der hier besprochenen Art deutlich erkennen, ist aber im ganzen an dem Prozeß nur schwach beteiligt.

In der Hirnrinde sind von allen untersuchten Gegenden die Veränderungen weitaus am schwächsten. Nur in einzelnen Gefäßen ist der Adventitialraum in stärkerem Maße mit fettigen Substanzen erfüllt. In den Ganglienzellen findet sich eine leichte Vermehrung des Fettgehaltes, die am stärksten im Ammonshorn ausgeprägt ist, aber nicht über das hinausgeht, was man bei einer stärkeren fettigen Degeneration der Ganglienzellen auch bei allen möglichen sonstigen Prozessen sieht. Im ganzen ist die Zelldichte der gesamten Rinde deutlich gelichtet, aber schwerere Ausfälle finden sich nirgends. Auch im Ammonshorn bestehen keine wesentlichen Ausfälle, besonders ist der sog. *Sommer*sche Sektor nicht schwerer verändert als das übrige Ammonshorn.

Der Plexus chorioideus ist intakt. In der gesamten Rinde findet sich eine gewisse Bereicherung an Gliazellen, sonst beteiligt sie sich am Prozeß in keiner Weise.

Ich fasse die wesentlichsten Eigentümlichkeiten dieses ganz außergewöhnlichen Krankheitsbildes noch einmal kurz zusammen:

1. Es besteht eine offenkundige, aber ungewöhnliche Entwicklungsstörung derart, daß in den adventitiellen Gefäßräumen vornehmlich der subkortikalen Ganglien, des Kleinhirns und des Mittelhirns Bündel markhaltiger Nervenfasern eingelagert sind. Diese Bündel sind bald dicker, bald dünner. Mitunter liegt nur eines, mitunter sogar mehrere in derselben Gefäßscheide, vereinzelt umgeben sie das Gefäß innerhalb des adventitiellen Raumes wie ein Kranz.

Diese Nervenfaserbündel verfallen im Laufe der Erkrankung einem einfachen Schwund. Sie bilden aber weder den Ausgangspunkt noch den Hauptsitz der Erkrankung.

2. Dieser liegt vielmehr in den Gefäßwänden selbst. Ja mit den gleich noch zu erwähnenden Einschränkungen bilden die Gefäße sogar fast den einzigen Sitz der Veränderung. Aber auch dort, wo das übrige Gewebe heftiger beteiligt ist, haben sie die durchgreifendste Zerstörung erlitten. An ihnen beginnt der Prozeß. Sie entarten unabhängig vom übrigen Gewebe in einem offenbar selbständigen Entwicklungsgang der Veränderung.

3. In gewisser Weise zeigen sich fast alle Gefäße des Zentralnervensystems befallen. Sie enthalten sämtlich mehr Fett als gewöhnlich bei Toten im Alter von unter 30 Jahren gefunden wird. In der Hirnrinde aber geht die Menge, die Verteilung und die Art des Fettes in den Gefäßwänden nicht über den Rahmen dessen hinaus, was man auch bei anderen zu Fetteinlagerung in die Gefäßwände führenden Erkrankungen zu sehen gewohnt ist. Bereits im Rückenmark wird diese Grenze an einigen Stellen des Halsmarkes überschritten. In den Oliven und in der Gegend des roten Kernes nimmt die Fettspeicherung in der Adventitia schon ganz ungewöhn-

liche Ausmaße an. Den Hauptort der Erkrankung aber bilden die Stammganglien, die Substantia nigra und der Nucleus dentatus. In diesem hat die Erkrankung den höchsten Grad der Ausbildung erfahren. Hier und in der Substantia nigra wird dies auch durch die stärkere Mitbeteiligung des gesamten Hirngewebes kenntlich, die in den übrigen Hirnteilen fehlt.

4. Sie besteht in mäßiger Entmarkung, die nur im Kleinhirn an einzelnen unscharf begrenzten Teilen und im Markkern des Nucleus dentatus stärkere Grade annimmt, in faseriger Gliose und in der Entwicklung einer vor allem im *Bielschowsky*-Bild darstellbaren progressiven Gliazellform ähnlich den gemästeten Gliazellen *Nißls*. Außerdem kommt es zur Entwicklung zahlreicher Fettkörnchenzellen vorwiegend gliöser Herkunft. Diese lösen sich aber nicht aus dem Verband. Auffallend gering ist selbst an diesen Stellen die Beteiligung der Ganglienzellen. Sie gehen unter, verringern sich an Zahl, soweit sie erhalten sind zeigen sie das Bild einer mäßigen Schrumpfung, an der sich vor allem der Kern beteiligt. Da und dort kommt es zu mäßiger bis stärkerer Zellverfettung. Doch überschreitet diese niemals das Maß der auch bei anderen Prozessen sichtbaren fettigen Entartung der Ganglienzelle.

Auch der Untergang der Markscheiden vollzieht sich nicht über den Weg der fettigen Entartung. Wo sie untergehen, verschwinden sie sozusagen stillschweigend.

5. Der Untergang der Gefäßwände geht auf eine, zumal für die mittleren und kleineren Hirngefäße ganz ungewöhnliche Art und Weise vor sich.

Media und Intima bleiben von Verfettung dauernd verschont. Auch sie können zugrunde gehen, aber soweit sie nicht einer der hyalinen Entartung ähnlichen Entartungsform verfallen, oder sich an der Fettspeicherung beteiligen, scheint es fast als verschwänden sie unter dem Einfluß der immer stärker sich anhäufenden Fettmassen. Niemals kommt es zu einer Bindegewebswucherung in der Intima, niemals zu jener der Atheromatose eigenen Aufsplitterung der Media. Man sieht nur an einzelnen Gefäßen eine Vermehrung der Endothelkerne. Die Fettablagerung befällt zunächst nur die Adventitia. Schließlich füllen fetthaltige Zellen den ganzen Gefäßraum. Übergangsbilder mit Verfettung einzelner Intimazellen sieht man nicht.

Der Krankheitsvorgang beginnt zunächst mit einer veränderten Farbempfindlichkeit des Zelleibes. Diese Veränderung geht offenbar der Fetteinlagerung voran, wenn man nicht etwa annehmen will, daß sich die später fettigen oder lipoiden Massen aus einer Substanz entwickeln, welche selbst erst in den Leib der Adventitiazellen von außen eingelagert wird, aber noch keine Fettreaktion gibt. Auffällig ist auch die offenkundige »Vermehrung« der

Adventitialelemente, welche dem Sichtbarwerden des Fettes vorangeht. Ich habe nicht sicher entscheiden können, ob die Zellen etwa nur durch stärkere Färbbarkeit stärker sichtbar werden. Zellteilungen habe ich niemals gesehen. Da aber mehrkernige Zellen angetroffen werden, wenn der Prozeß voll entwickelt ist, wird man wohl mit einer echten Vermehrung mindestens der Adventitialkerne rechnen müssen. Dann lagert sich Fett zunächst in Tropfen in die Zellen ein, seine Menge nimmt zu, die kleinen Tropfen fließen unter Auflösung der zunächst noch bestehenden protoplasmatischen Scheidewände zusammen, schließlich findet man nur noch einen oder mehrere sehr große Fett- oder Lipoidtropfen in einem äußerst geblähten und aus wenigen dünnen Protoplasmasäumen und -brücken bestehenden Zelleib. Gleichzeitig wird der anfangs noch helle, mitunter auffallend helle Zellkern der Adventitiazelle klein, dunkel und dicht. Man begegnet auch deutlichem Kernzerfall. Dies tritt besonders dort ein, wo sich der Gefäßraum mit dem oben beschriebenen Detritus zu füllen beginnt.

Besonders eigenartig ist die Wandlung der fettigen Massen ihrer chemischen Beschaffenheit nach, soweit sie aus dem färberischen Verhalten erschlossen werden kann.

Erst, d. h. solange nur einzelne Fettropfen da sind, bis zur völligen Ausfüllung des Adventitialraumes herrschen mit Scharlach rot — mit Nilblausulfat gar nicht oder nur blau färbbare Massen vor. Dann beginnt die Farbe heller zu werden. Die Massen färben sich orange oder gelblich, mit Nilblausulfat rötlich, mit Hämatoxylin dunkler oder heller blau. Je heller die Farben mit Scharlach werden, je mehr Rosafarbe bei der Nilblausulfatfärbung auftritt, um so mehr Nadeln und Tafeln doppeltbrechender Substanz werden sichtbar, die selbst keine Farbe mehr annehmen, aber histochemisch die Cholesterinreaktionen geben. Man kann freilich nicht sagen, daß es sich nur um Cholesterin handele. Jedenfalls sind nicht alle Nadeln und Tafeln doppeltbrechend. Merkwürdig ist, daß sie auch im freien Gewebe — wenn auch sehr selten — beobachtet werden können.

Aber auch dies ist nur ein Durchgangsstadium. Beurteilt man die Reihenfolge der Erkrankungsabschnitte, so wie das natürlich und zwanglos ist, nach dem Maß der Zerstörung des Gefäßwandaufbaues, nennt man also — mit einer gleich noch zu erörternden Einschränkung — alles früh, was sich bei Erhaltung der Adventitia, alles später, was man während und nach dem Untergang der Media und der Intima findet, und alles als Endabschnitt, was gleichzeitig mit der völligen Zerstörung des Gefäßes, gleichzeitig mit der Auflösung aller seiner Wandschichten beobachtet wird, so ist das Ende der Umwandlung der fettigen Substanzen nicht in der Bildung der Cholesterine und der anderen ihm ähnlichen oder mit ihm auftre-

tenden nicht färbbaren Substanzen zu suchen, sondern in den schließlich zurückbleibenden unfärbbaren oder mit bräunlichem Mischfarbenton färbbaren Schollen und Ringen.

6. Die weichen Hirnhäute und alle ihre Gefäße, auch die großen Hirngefäße, bleiben verschont. In der Pia sind die Chromatophoren sehr zahlreich. Mehr ist hier nicht zu finden. Der Plexus chorioideus war normal. Bemerkenswert ist, daß alle sekundären Bahnentartungen fehlen.

An den übrigen Organen wurde kein Befund erhoben, der mit dem Hirnbefund in Zusammenhang gebracht werden könnte. Denn, daß die bei der Leichenöffnung gefundenen Krankheiten, besonders das Zwölffingerdarmgeschwür, der wahrscheinlich chronische Lungenbrand und die eitrige, schwielige Rippenfellentzündung die Ursache der Hirnveränderung seien, wird man wohl kaum im Ernst anzunehmen brauchen. Das sind doch alles sehr häufige Erkrankungen, und es wäre nicht einzusehen, warum eine solche Komplikation noch niemals beobachtet wurde.

Es handelt sich also offenbar um eine selbständige, nicht von einem körperlichen Allgemeinleiden abhängige Hirnkrankheit. Dieser Schluß ergibt sich auch aus der Übereinstimmung der klinischen Erscheinungen mit den Hauptorten der Erkrankung. Zwar ist die Gesamtentwicklung der Krankheit nur ungenau verfolgt worden. Sie ließ sich auch nachträglich nicht mehr wiederherstellen. Aber soviel wird doch aus der Krankengeschichte deutlich, daß es sich um einen angeborenen Zustand handelt. Dies würde sich mit der Annahme einer Entwicklungsstörung, welche durch den Befund der Markscheidenbündel im Adventitialraum nahegelegt wird, gut vereinigen lassen. Dann entwickelt sich allmählich immer deutlicher das Bild einer schweren zerebellaren Störung: plumpe, schwerfällige, stockende Sprache, Unfähigkeit zu gehen, zu stehen und zu sitzen. Außerdem eine allmählich höchste Grade erreichende Starre und Akinese, sowie verschwommene Pyramidensymptome. Das entspricht genau dem, was man bei einer fortschreitenden Entartung des Kleinhirns, der Stammganglien und der Substantia nigra zu erwarten hat[5]).

Klinische und morphologische Gründe sprechen also dafür, daß das Leiden sich auf Grund einer angeborenen Anlage entwickelt. Daß die Einschleppung markhaltiger Nervenfasern in die Adventitialscheide nicht die Ursache der lipoidzelligen Entartung ist, habe ich bereits gezeigt. Sie ist nur ein Hinweis darauf,

[5]) Inwieweit die aus dem angeborenen Schwachsinn sich entwickelnde Verblödung auf Rechnung der epileptischen Anfälle und ihrer Dauerwirkungen, inwieweit sie auf Rechnung des Entartungsprozesses zu setzen ist, muß leider offen gelassen werden.



daß wir es vielleicht auch in der Gefäßveränderung mit einer Entwicklungsstörung zu tun haben.

Ehe man sich aber darüber eine Vorstellung machen kann, ist es ratsam, die Beziehungen aufzusuchen, die der sehr eigentümliche Befund zu sonstigen pathologisch-anatomischen Bildern aufweist.

Er erweitert im Grunde unsere Kenntnisse von den Störungen im Bereich des Lipoidstoffwechsels der Zellen, besonders der Gefäßwandzellen im Gehirn. So werden wir uns vor allem im Bereich solcher Befunde umschauen müssen, bei denen Störungen des Lipoidstoffwechsels teils allgemeiner teils örtlicher Entstehung zur Ablagerung von Lipoiden in Gefäßwandzellen führen.

Als Erstes muß natürlich auch in einem solchen Prozeß die Atheromatose (Atherosklerose) zum Vergleich herangezogen werden. Zwar ist die Gefäßerkrankung unseres Falles von jener völlig verschieden. Fehlt ihr doch gerade das bezeichnende Merkmal der Atheromatose, die Beteiligung der Intima, besonders die Bindegewebswucherung in derselben. Es fehlt die kennzeichnende Aufsplitterung der elastischen Fasern und deren allmähliche Überführung in eine minder differenzierte Form. Schließlich fehlen die abgegrenzten Nekroseherde mit ihrem fettigen Zerfall. Und doch besteht gleichsam eine versteckte Beziehung trotz aller aufdringlichen Unterschiede. Denn wir wissen ja, daß von den kleineren Hirngefäßen die typische Atheromatose noch am häufigsten in den Gefäßen des Kleinhirnmarkes beobachtet wird. Dies deutet darauf hin, daß den Kleinhirnmarkgefäßen im Gegensatz zum sonstigen gewöhnlichen Verhalten der kleineren Hirngefäße statt der Neigung zur Hyalinisierung eine Neigung zur lipoiden Verfettung innewohnt. Dieselbe Neigung wird offenbar auch in unserem Fall deutlich, denn nur in den Gefäßen des Kleinhirnmarkes besteht die Veränderung ausgesprochen in einer lipoidigen Entartung. Nur hier ist es zur Ablagerung der Cholesterinnadeln und -schollen gekommen. Wir dürfen darin einen augenfälligen Hinweis auf die Bedeutung örtlicher Verschiedenheiten des Stoffwechsels der einzelnen Hirngebiete sehen und werden uns vor Augen halten müssen, daß dadurch einige der Gesetzmäßigkeiten des Krankheitsbildes, die wir herausholen, eine Einschränkung erfahren könnten.

Andererseits lehrt nun aber gerade die Tatsache, daß die beschriebenen Lipoid- bzw. Cholesterinablagerungen nicht in Nekroseherden, sondern offenkundig innerhalb noch lebender Zellen auftreten, deren Tätigkeit in der allmählichen weiteren Umwandlung der Ablagerungen sogar noch morphologisch zum Ausdruck kommt, daß wir es hier nicht mit einer sekundären Verfettung oder einem sekundären fettigen Zerfall nekrotisch gewordener Zellen zu tun haben, sondern mit einer ihren Lipoidstoffwechsel während ihres Lebens unmittelbar betreffenden Störung.

Die Berechtigung dieses Schlusses wird erst recht deutlich durch den Vergleich der Befunde unseres Falles mit den Vorgängen bei den besonderen Störungen des Lipoidstoffwechsels, die wir kennen: mit der amaurotischen Idiotie, mit der *Pick-Niemann*schen lipoidzelligen Splenomegalie und mit gewissen Formen der diffusen Sklerosen, bei welchen im Vordergrund des Bildes lipoidige Entartungsvorgänge stehen.

Zu keiner dieser Erkrankungen läßt sich unser Befund einreihen. Gegenüber der amaurotischen Idiotie fehlen ihm die entscheidenden Ganglienzellschwellungen. Gegenüber der *Pick-Niemann*schen Krankheit ist die Erkrankung in unserem Fall nur auf das Gehirn und auch hier wieder nur auf einzelne Teile beschränkt. Und schließlich gegenüber den bekannten Formen der diffusen Sklerose mit besonderer Bevorzugung der lipoidigen Entartung fehlen in unserem Fall die kennzeichnenden Entmarkungen der Großhirnhälften, wie denn überhaupt in diesen Fällen gerade die Entmarkung im Vordergrund des Prozesses steht, und die Gefäße erst in zweiter Linie in Mitleidenschaft gezogen werden, während es in unserem Falle gerade genau umgekehrt liegt.

Aber auch hier sind trotz aller Verschiedenheiten doch gewisse Beziehungen nachweisbar. Auch bei der amaurotischen Idiotie wird gar nicht so selten eine allgemein auftretende Neigung der Gefäße, besonders kleinerer beschrieben, Lipoidstoffe aufzunehmen. Mit den diffusen Sklerosen hat unser Fall gemeinsam die eigenartigen großen Gliazellen in den Entmarkungsgebieten und ebenfalls die Neigung der Gefäßwandzellen, sich frühzeitig mit Lipoidstoffen anzufüllen. An die *Pick-Niemann*sche Erkrankung aber erinnert die Ablagerung verschiedener Lipoide in den Zellen, die Neigung zur kristallinen Ausfällung des Cholesterins, die Häufung schaumzellenähnlicher, mitunter auch zweikerniger Zellen in den Gefäßwänden und in den Entmarkungsgebieten im Kleinhirn, das späte Einbezogenwerden der Endothelien in den Umwandlungsvorgang. Natürlich liegen in den feineren histologischen Eigentümlichkeiten auch eine Menge Unterschiede vor, z. B. schon hinsichtlich der Mitbeteiligung der Ganglienzellen. Aber andere Merkmale, wie z. B. die Färbbarkeit der Lipoidablagerungen mit Hämatoxylin (mit und ohne Beizung) weisen auf bestimmte Verwandtschaften der Befunde hin. Ja die Beziehungen zur *Pick-Niemann*schen Krankheit sind trotz aller Unterschiede in Art und Ausdehnung des Krankheitsvorganges noch die engsten, die wir überhaupt aufzeigen können.

Wir sprachen davon, daß die Lipoide, die in den Gefäßen in unserem Falle auftreten, eine allmähliche Umwandlung zu erleiden scheinen. Merkwürdigerweise verläuft diese Umwandlung nicht in der Richtung auf Neutralfette. Im Gegenteil, je stärker die Ver-

änderung fortschreitet, um so deutlicher tritt die Lipoidnatur der Ablagerungen heraus. Wenigstens gilt dies für die Kleinhirngefäße. Aber selbst wenn es sich lediglich um die Auswirkung einer örtlichen Eigenart derselben handeln sollte, so bliebe der Befund als solcher merkwürdig.

Denn wir sehen hier in den Gefäßwänden einen eigenartigen Umbau statt eines Abbaues der komplizierten Lipoide anschaulich ablaufen. Das Endergebnis dieses Umbaues aber rückt nun unsere Befunde in eine gewisse Beziehung zur *Gaucher*schen Krankheit. Denn wenn auch bei dieser Cholesterinkristalle usw. niemals vorkommen sollen, wenn die Ablagerungen in den *Gaucher*-Zellen sich durchaus auf Kerasin beschränken sollen, so ist doch andererseits das Endergebnis der Ablagerungen in den Gefäßen unseres Falles dem Kerasin optisch wie färberisch offenbar nahe verwandt. Der zuletzt noch im ehemaligen Gefäßraum liegende Stoff ist genau so opak, so schollig und so schwer färberisch zu fassen wie die Ablagerungen in den *Gaucher*schen Zellen, die ebenfalls nicht selten von Gefäßwand- bzw. Adventitialzellen hergeleitet werden müssen.

So finden sich in unserem Falle gleichsam Teilstücke aus anderen Erkrankungen zu einem eigenartigen Bilde von besonderer Gesetzmäßigkeit zusammen. Fast könnte er auf diese Weise eine Brücke schlagen zwischen allen zum Vergleich herangezogenen Störungen im allgemeinen oder örtlichen Lipoidstoffwechsel. Was ihn aber doch auch wieder auszeichnet, ist die Tatsache, daß die Störung zum örtlichen Untergang der Zellen und der ganzen Gefäßwand führt, während bei der *Pick-Niemann*schen und der *Gaucher*schen Krankheit die Störung trotz hochgradiger Einlagerungen eher zum Tod des Kranken als zum Absterben der befallenen Zellen führt.

Wir können natürlich auf Grund eines Falles noch nichts sagen über das Verhältnis, das bei unserem Fall zwischen Zelluntergang und Lipoidspeicherung besteht. Daß sie aber irgendwie miteinander verknüpft sein müssen, ist klar. Am nächsten liegt die Annahme, daß in dem Auftreten allmählich immer unlösbarer bezw. immer schwerer zu bewältigender Lipoidkörper (Kerasin z. B. dürfte wohl ein nur unter ganz bestimmten Bedingungen überhaupt von den Zellen zu verarbeitender, sonst aber als Abweg zu betrachtender Stoff sein) ein Anzeichen für das Erlahmen gewisser fettspaltender Tätigkeit der Gefäßwandzellen zu sehen ist. Dies Erlahmen aber ist selbst wieder entweder Einleitung oder Teilerscheinung der besonderen Form des Zelltodes, dem in unserem Falle die Gefäßwandzellen unterliegen. So würden auf die wahrscheinlichste Art allmähliche Umwandlung und Umbau der Lipoide und Zelltod miteinander verknüpft sein.

Wäre diese Annahme richtig, so dürften wir von der Weiterverfolgung ähnlicher Fälle eine gewisse Aufklärung erwarten über die Tätigkeit der Gefäßwandzellen mindestens des Gehirns bei der Übernahme und Weitergabe des Fettes und der Lipoide aus dem Blute an das Hirngewebe. Denn was hier in den Zellen erscheint, ist ja nicht »örtliches«, d. h. in den Gefäßzellen gebildetes Fett, sondern Speicherungsfett, das von außen aufgenommen wird. Allein durch die Annahme einer fortgesetzten Speicherung von Stoffen aus dem Durchtransport dürfte es verständlich werden, daß allmählich alle Zellklassen der Gefäßwand sich beteiligen. Anscheinend werden genau wie bei der *Gaucher*schen oder *Pick-Niemann*schen Erkrankung zur Speicherung neue Zellklassen herangezogen, wenn die ersten Stationen überfüllt sind. In unserem Falle allerdings zuerst die Adventitiazellen, während bei *Gaucher* und *Pick-Niemann* die Retikulumzellen im Vordergrund stehen.

Das Interessanteste unserer Beobachtung hinsichtlich dieser Aufgaben der Gefäßwand liegt nun darin, daß die Durchlaßfähigkeit der Gefäßwände für die Nährstoffe des Hirngewebes offenkundig erst ganz spät aufgehoben wird, daß sie in bestimmtem Umfang selbst bei bereits erheblich veränderten Gefäßen in unserem Falle aufrecht erhalten werden konnte, ganz im Gegensatz zu der gewöhnlich sehr frühzeitigen Störung der Ernährung des Gewebes bei der Arteriosklerose[6]). Hier steht wieder unser Befund in Beziehung zu den Allgemeinstörungen des Lipoidstoffwechsels. Auch bei diesen führen selbst erhebliche Verstopfungen der Gefäßwände mit Lipoiden nicht zu Nekrosen im umliegenden Gewebe. In unserem Falle ist ein Gewebsuntergang in milder Form (ohne die stürmischen Erscheinungen der Erweichung) nur in den Kleinhirngegenden zu beobachten, in denen der Gefäßuntergang vollständig ist.

Wir haben also hier örtlich eine auf Fette und Lipoide beschränkte Störung der Weitergabe aufgenommener Stoffe vor uns, sonst könnte nicht das umliegende Gewebe so lange unbeteiligt bleiben.

In unserem Falle kann man nicht gut die Annahme machen, daß eine allgemeine Störung im Lipoidstoffwechsel vorliegt. Meist werden bei diesen nur Lipoide angeboten, welche beim Durchtransport in der Zelle liegen bleiben müssen, weil die Zelle nicht imstande ist, sie abzubauen oder körpereigen oder zelleigen umzubauen. Das Auftreten der gut bekannten Lipoide wie Cholesterin beweist aber

---

[6]) Wir reden hier nicht vom Rücktransport der Stoffe (Lipoide), die aus dem normalen Umbau des Hirngewebes stammend, in das Blut übertreten. Es ist in unserem Falle unwahrscheinlich, daß aus ihnen Fett und Lipoide in den Gefäßen gespeichert werden.



offenbar, daß die Gefäßwand-Zellen in unserem Falle auch sehr allgemein vorkommende Stoffe nicht in der üblichen Weise zu bewältigen vermögen. Wir können also kaum annehmen, daß hier dem Gehirn abnorme Lipoidstoffe angeboten werden. Irgendwie muß es sich um normales Stoffangebot handeln. Die Gefäßwandzellen unseres Falles sind also — vielleicht auf Grund einer sonst nicht faßbaren aber durch den Befund der Markscheiden in den Gefäßen nahegelegten Entwicklungsstörung nicht imstande, den Durchtransport der Fette und Lipoide in der üblichen Weise zu besorgen, bei welcher wir von dem Umbau der Stoffe nichts zu sehen bekommen. Vielmehr erscheinen sie in den Zellen und die Zellen scheinen außerstande zu sein, sie in geordneter Weise weiterzugeben.

Es werden also hier gewisse örtliche Funktionen der Gefäßwandzellen gleichsam im Negativ des Normalen sichtbar, und es ist besonders bedeutsam, daß dieses Negativbild Beziehungen zu den verschiedensten Allgemeinstörungen des Lipoidstoffwechsels aufweist, soweit sie nach dem Tode morphologisch faßbar sind.

Während nun im Kleinhirn diese Störung zur allmählichen Anreicherung von Cholesterinen und deren späteren Umbaustoffen führt, kommt es im Hirnstamm offenbar zum Durchtritt der Fettstoffe in das Gewebe, ohne den normalen Umbau, der es bedingt, daß wir die Fette beim Durchtritt durch die Gefäßwände nicht färberisch darstellen können. Die beigebrachten Abbildungen scheinen zu beweisen, daß hier Fettstoffe durch die Gefäßwand in färberisch nachweisbarer Tropfenform austreten und in das Umgebungsgewebe verschwemmt werden. Sie dringen in den Gewebsspalten vor, und zwar in teilweise recht erheblichem Umfang. Dieser Unterschied gegenüber den Kleinhirngefäßen dürfte damit in Zusammenhang stehen, daß überhaupt in diesen letzteren die Neigung zur Cholesterinbildung größer ist als in anderen Hirngefäßen. Dies beweist ja ihr Verhalten bei der Arteriosklerose.

Man sieht also, daß sich beim gleichen Krankheitsprozeß die Gefäße verschiedener Hirngegenden unbeschadet dessen, daß der Krankheitsvorgang an der einen Stelle (Kleinhirn) stärker betont und weiter fortgeschritten ist, grundsätzlich verschieden verhalten können. Denn in keinem der zahlreichen Kleinhirnpräparate, welche ich mit Scharlachrot färbte, sah ich Bilder vom durchtretenden Fett, wie im Hirnstamm, obwohl die Speicherung der Fette und Lipoide in den Kleinhirngefäßen wahrlich nicht geringer war, als in denen des Hirnstamms.

Diese Befunde sind um so schlagender, als gerade im Hirnstamm von einem stärkeren Gewebsuntergang nicht die Rede sein kann. Es kann also unmöglich das Fett vom Gewebe nach den Gefäßen geschleppt worden sein. Auch ist es sicher nicht autochthon entstanden.

Mehr als diese Schlüsse kann man aus den erhobenen Befunden nicht ziehen. Durch sie aber rückt unsere Erkrankung pathogenetisch offenbar wieder aus der Reihe der allgemeinen Lipoidstoffwechselstörungen, in die sie nach den morphologischen Befunden zu gehören schien, heraus. Denn bei diesen begegnen uns solche Bilder der Ausschwemmung der Fette aus den Gefäßen in die Gewebsspalten der Umgebung niemals.

Es ist also schließlich kaum möglich, unsere Befunde befriedigend in das gegenwärtige Schema der Krankheiten einzureihen. Das könnte natürlich auch daran liegen, daß nur im Zusammenwirken selten zusammen vorkommender Bedingungen der eigenartige Befund zustande käme. Eine solche Möglichkeit könnte darin gesehen werden, daß die erhobenen Befunde nur die Folge wären der Vereinigung von Entwicklungsstörung an den Gefäßen mit chronischen körperlichen Erkrankungen, besonders chronischen Infektionen, an denen unser Kranker ja viele Jahre hindurch litt. Jedoch ist diese Annahme nach dem klinischen Verlauf kaum sehr wahrscheinlich. Denn die Entwicklung des Krankheitsbildes vollzieht sich offenbar eigengesetzlich und unabhängig von dem Verlauf der hinzutretenden Allgemeinkrankheiten des Körpers. Man müßte also schon auf noch unbekannte Bedingungen zurückgreifen.

Erst die zukünftige Beobachtung entsprechender Befunde kann lehren, ob es sich hier um ein typisches Krankheitssyndrom handelt oder nicht. Auf jeden Fall werden alle hergehörigen Beobachtungen für die Frage nach den morphologischen Einblicksmöglichkeiten in den Stofftransport durch die Gefäßwände von besonderer Bedeutung sein. Hier schien uns eine solche morphologisch faßbar gewordene, in der Speicherung und Umwandlung von Lipoiden zur Anschauung kommende Störung im Transport der Fettstoffe vorzuliegen, welche im Rahmen eines allmählichen langsamen Untergangs der Gefäßwände auftritt.

Die Pyromanie von der medizinischen, sozialen und kriminellen Seite aus gesehen.

Von

Dr. **Th. Thomas.**

Die Freude an Flammen und Feuer ist eine Erscheinung, die keineswegs nur der Irrenarzt bei seinen Kranken mit unheilbaren und ständig hervortretenden Geistesstörungen zu beobachten und zu bekämpfen hat, man kann auch bei Fieberkranken und periodisch Geistesgestörten finden, daß gerade bei ihnen in ihren Delirien Flammen und Feuererscheinungen eine sehr wichtige Rolle spielen. Und in sehr vielen Fällen, in denen solche Vorgänge während des Ablaufs fieberstarker Erkrankungen zu beobachten waren, mußte dann durch irgendeinen Zufall hinterher die Entdeckung gemacht werden, daß die Vorliebe für Feuerwerk, Feuer und Flammenspiele kaum noch aus dem Gedächtnis solcher Personen zu verbannen war. Die Erinnerung an die im Fieber und Unterbewußtsein erlebten Sensationen war dann derart stark, daß man nur mit Mühe und Not solche Personen zurückhalten konnte, sich durch irgendwelche Manipulationen eine Wiederholung des Traumerlebnisses zu verschaffen, eine Wiederholung, die nun aber ungleich reizvoller und unmittelbarer die befallene Person ergreift und immer weiter treibt zu Steigerungen und Wiederholungen solcher Spiele, aus denen allmählich furchtbarer Ernst wird.

Die Kranken, die zweifellos als Kranke noch solange anzusehen sind, bis die letzten Erinnerungs-Zwangszustände überwunden sind, sagen nach Überstehung eines einzelnen Anfalles aus, daß keine der von ihnen künstlich hervorgerufenen Flammensensationen während ihres Vorganges bei ihnen eine derart tiefe Befriedigung hervorgerufen hat, als sie sie aus dem fieberhaften Krankheitszustand noch in Erinnerung haben. Gerade hier liegt nun die entsetzlichste Gefahr für diese Menschen, daß sie nämlich immer versuchen werden, die letzterfundenen Sensationen aus innerer Unbefriedigung noch zu steigern. Daher kann bei echten Fällen von Pyromanie beobachtet werden, daß die Anlegung von Bränden stets mit raffinierteren Mitteln vorbereitet und ausgekostet wird, und nicht selten ist der Fall von freiwillig gewähltem Feuertod zu erklären aus vorhergegangenen Anfällen von krankhafter Flammen-

freude, die aber niemals zur Zufriedenstellung der erwarteten Sensationen führten, sodaß der Kranke schließlich sich selbst in den Mittelpunkt des Brandgeschehens hineinstellt, obwohl er genau weiß, daß das seine eigene Vernichtung bedeuten muß.

Wir haben hier ausdrücklich von jenen Fällen gesprochen, bei denen eine Geisteskrankheit nicht im eigentlichen Sinne des Wortes vorlag, sondern wo geistige Störungen auf Grund von Erinnerungs- und Traumzuständen einsetzen, ohne daß der Betroffene selbst noch im Augenblick vor deren Eintritt die geringsten seelischen Gleichgewichtsstörungen hat zu erkennen gegeben. Oft tritt auch der Fall ein, daß erneute Traumvorgänge diese Erinnerungen beim Kranken, der seinen eigenen Krankheitszustand nicht kennt, wieder erwecken, sodaß dann erst mit voller Wucht das Verlangen auftritt, Feuer und Flammen zu erwecken und zu sehen. Dann treten jene Fälle ein, wo Pyromane ohne jede Rücksicht auf sich und andere Betten, Teppiche, Gardinen und Portieren mitten in der Nacht mit einem einzigen, zufällig erreichbaren Streichholz in Flammen setzen, wodurch dann meistens äußerst gefährliche Wohnungs- und Hausbrände entstehen. Auch hier liegt die große Gefahr darin, daß eine vorherige Beobachtung solcher Personen, soweit sie nicht schon zwei- oder dreimal kleinere Feuer zwangsmäßig verursacht haben, kaum Verdacht aufkommen läßt, daß wirklich ein Fall von Pyromanie sich anbahnt. Bleiben diese Fälle aber in einer Kette vereint, so muß unbedingt für eine anstaltsmäßige Dauerbehandlung dieser Personen gesorgt werden, und zwar auch dann, wenn keinerlei sonstige Anzeichen für eine Geistesstörung vorliegen.

Wichtig ist vor allen Dingen der Umstand, daß in der Hauptsache solche unerwarteten Fälle von Pyromanie plötzlich sich zeigen bei geistig arbeitenden Personen, bei Menschen mit hohem Feingefühl mit Musikempfinden, bei Schauspielern und Schriftstellern. Diese Berufe stellen unter den krankhaft zur Pyromanie veranlagten Personen die größten Kontingente, allerdings liegt auch darin von der sozialgesundheitlichen Seite her ein Vorteil für die Heilungsmöglichkeiten, weil im allgemeinen diese Personen auch einen ziemlich starken Willen aufbringen, sich durch ihre gefährlichen psychischen Störungen nicht in ihrer Berufsausübung behindern zu lassen. Auf diese Weise kann es vorkommen, daß gerade die hochgradig empfindsamen Personen Anfälle von Pyromanie, die auf pathologischen Vorgängen aufgebaut sind, mit Energie und festem Willen überwinden, während bei Personen der handarbeitenden Gruppen diese selbständige Bekämpfungsneigung gegen die pyromanischen Gelüste nicht so häufig zu beobachten war. Es ist deswegen in der Zahl der wirklich ernsthaft hervorgetretenen Schadensfälle aus Anlaß echter Pyromanie zwar der

Mensch der handarbeitenden Berufsgruppen statistisch häufiger anzutreffen, als der reine Geistesarbeiter, eine tiefergehende Untersuchung zeigt uns aber, daß die Veranlagung zur Pyromanie bei den geistigen Arbeitern stärker ist.

Die Hemmungslosigkeit, mit der die meisten Feuervorkommnisse von echten Pyromanen angelegt und durchgeführt werden, muß für das soziale Leben des Volkes besonders schwere Gefahren in sich tragen. Denn ohne Unterschied des Gegenstandes, der in Brand gesetzt wird, kommt es dem Pyromanen doch darauf an, möglichst mit einfachen Mitteln schnelle Wirkung zu erzielen. So werden zumeist Lauben, Strohdächer, Holzwerkbauten, Schuppen, Warenlager, Remisen, Ställe usw. von den Pyromanen in Angriff genommen, und gerade dadurch entsteht der weniger bemittelten Schicht im Volk durch das Vorgehen dieser Personen eine große Gefahr. Denn der stein- und eisengebaute Palast, die Villa, die betongesicherte Fabrikniederlage usw. sind den plötzlichen Attacken der pyromanisch getriebenen Brandstifter nicht so ausgesetzt und bilden deswegen unter dem bereits vorliegenden Schadenmaterial nur den kleinsten Bruchteil.

Fast 18% aller Feuervorkommnisse ist auf das Schuldkonto der Pyromanen zu setzen. Das will heißen, daß auch der Schaden der Volkswirtschaft zu einem vollen Fünftel bei einfacher Umrechnung durch Pyromane erregt wird. Wenn wir aber bedenken, daß gerade durch die Neigung der Pyromanen, sich an leichtgebaute Anlagen, Häuser usw. heranzumachen, auch die Verbreitung und Ausdehnung der durch sie gelegten Feuer erheblich gefördert wird, so liegt schon auf der Hand, daß wir den durch Pyromane verursachten Feuerschaden auf noch weit mehr schätzen, auf etwa 25—30% alles volkswirtschaftlichen Brandschadens ansetzen müssen. Hier erst wird die soziale Gefahr klar, die der Pyromane im Volk bedeutet, und hier muß auch die Forderung einsetzen, den Schutz gegen solche Personen stärker auszudehnen, als das bisher der Fall war. Gewiß ist nicht immer der strenge Zugriff des Strafrichters allein entscheidend und für alle Zukunft auch vorbeugend (was ja hier die Hauptsache ist!), aber die Behandlung und Bewachung der als pyromanisch bedrohten Personen muß so gehandhabt werden, daß sie unter keinen Umständen genügend Freiheit und Zeit finden, ernste Brandfälle neu zu stiften. In den Familien, in denen sich pyromanisch veranlagte Personen befinden, muß daher strengste Kontrolle einsetzen, noch ehe die ersten Verbrechen vorliegen.

Hier setzen nun jene Betrachtungen ein, die uns unmittelbar auf die kriminelle Seite der Pyromanie bringen. Zweifellos ist die Zahl jener Fälle echter Pyromanie sehr groß, in denen aber der Befallene kraft seiner sonstigen geistigen und moralischen Eigen-

schaften durchaus in der Lage gewesen wäre, sich selbst gegen seine verbrecherischen Leidenschaften zu schützen. Ist die Möglichkeit vorhanden, willkürliche Nachgiebigkeit gegen gewisse psychische Mängel einem Brandstifter auf pyromanischer Veranlagung nachzuweisen, so ist die Kriminalität seiner Handlungen zweifellos gesteigert. Denn der geistig sonst normal entwickelte Mensch kann auch seinen Trieben gewisse Zügel auferlegen, solange sein Zustand sonst derart ist, daß er ein normales Leben in der Gesellschaft duldet. So kommen wir denn zu der Forderung, zum Schutze der Allgemeinheit die mildernden Umstände bei der Betrachtung der Verbrechen von Pyromanen nicht immer so weit auszudehnen, als das heute geschieht, zum mindesten nicht die Rückkehr der milde oder gar nicht bestraften Pyromanen in die Gesellschaft vor der Zeit vollkommener Ausheilung in einer Anstalt zu gestatten. Die Einsetzung einer Mindestbehandlungszeit für straffällige Pyromane in einer Heilanstalt an Stelle der eigentlich fälligen Gefängnisstrafe sollte in das zukünftige Strafverfahren durchaus für diese Art der Verbrechen eingereiht werden. Für die meisten Pyromanen liegt überhaupt schon in der Freiheitsentziehung eine besonders hohe Strafe, sodaß die Behandlung in der Strafzeit selbst für sie keine Milderung der Bestrafung bedeutet.

Ein anderes Gesicht nimmt der Fall an, wenn simulierte Pyromanie vorliegt, unter deren Maske ein Vollverbrecher sein schändliches Treiben harmloser motivieren möchte. Liegt irgendwie der Versuch bei einer Brandstiftung vor, unter der Wirkung der Flammen noch einen zweiten Erfolg zu erzielen, etwa Werte zu rauben, Akten zu vernichten, Rachsucht zu stillen o. ä., so kann mit absoluter Sicherheit immer darauf geschlossen werden, daß hier simulierte Pyromanie vorliegt, selbst dann, wenn solche Personen früher einmal echte Pyromane gewesen sind. Denn der Pyromane wird angesichts der Flammen und der von ihm entfachten Glut nichts anderes tun, als sich durch den Anblick sensationell zu berauschen und seine Gelüste zufrieden zu stellen. Ihm bleibt zu Nebenhandlungen und besonderen Überlegungen zwecks Ausnutzung günstiger Situationen einfach keine Zeit übrig. So ist die Unterscheidung zwischen echter und gekünstelter Pyromanie im allgemeinen nicht schwer, und für den Kriminalisten und für den Strafrichter ist zudem für die Beurteilung des Grades der echten Pyromanie immer noch wichtig die Feststellung der Ausgangspunkte, aus denen die Pyromanie eines Angeklagten stammt, wie wir sie oben aus Krankheit, Gemütsschwäche, Vererbung usw. bereits andeuteten. Hier muß dann zwecks Strafe und gleichzeitiger Heilung der echten Pyromanen ein gangbarer Mittelweg gefunden werden, um einen endgültigen Erfolg zu erzielen, der für unser Volksleben gleich wichtig ist von der medizinischen, sozialen und kriminellen Seite her.

Aus der psychiatrischen Klinik der lettländischen Universität zu Riga (Direktor Prof. Dr. med. *H. Buduls*).

Über die Auswirkung der Paralysebehandlung mit Malaria.

Von

Prof. Dr. med. **H. Buduls.**

Die Paralyse wird in der städtischen Irrenanstalt zu Riga, die zu gleicher Zeit als psychiatrische Universitätsklinik dient, seit 12 Jahren mit Malaria behandelt. In dieser Zeit sind in unserer Anstalt 6158 Geisteskranke aufgenommen, darunter 637 (10,3%) Paralytiker. Unser Krankenhaus hat die Eigenschaft, daß hier alle Geisteskranken der Stadt Riga Aufnahme finden. Auch alle Kranken, die nach dem Ablauf des akuten Stadiums der Geisteskrankheit so mangelhaft gebessert sind, daß sie nicht in ihren Familien leben können, haben die Möglichkeit, noch weiterhin in der Anstalt zu bleiben. Ebenso müssen rückfällige Geisteskranke Rigas hierselbst Zuflucht suchen. Es ist klar, daß wir durch diese Eigenschaft des Krankenhauses, frische Erkrankungsfälle behandeln, chronische und verwahrungsbedürftige verpflegen zu müssen, in der Lage sind, das Schicksal eines jeden Geisteskranken leichter verfolgen zu können, als in vielen anderen Irrenanstalten, wo hauptsächlich akute oder hauptsächlich chronische Erkrankungsfälle Aufnahme finden, und wo die Patienten nach Ablauf des akuten Stadiums der Krankheit nicht selten in eine andere Anstalt abgeschoben werden.

Wenn wir nun eine Übersicht unseres in fast 12 Jahren gesammelten und aus 637 Paralytikern bestehenden Krankenmaterials machen und die Frage stellen, welche ist die gesundheitliche und teilweise auch soziale Auswirkung der Paralysebehandlung mit Malaria, so werden wir unsere Schlußfolgerungen auf die Tatsachen gründen müssen, welche in der Anstalt gewonnen sind. Über das Schicksal derjenigen Paralytiker, die die Klinik als genesen oder gebessert verlassen haben und die später nicht in dieselbe zurückgekehrt sind, fehlen uns genaue Daten. Jedenfalls sind die letzteren nicht derart, daß man sie statistisch verwerten könnte. Es ist nur bekannt, daß ein ziemlich großer Teil der Paralytiker, die nach der Malariakur die Klinik verlassen haben, arbeitsfähige Menschen sind, andere, obwohl nicht arbeitsfähige Glieder der Familien sind, doch zu Hause verpflegt werden können. Ein dritter

Teil von den nach Hause entlassenen Paralytikern ist schon gestorben.

Von den 637 Paralytikern, die in den letzten 12 Jahren in unserer Klinik aufgenommen sind, wurden 353 (55,4%) mit Malaria und nachdem mit Neosalvarsan behandelt. Von den 353 mit Malaria behandelten Paralytikern haben 256 (72,5%) die Klinik nach der Behandlung verlassen: 187 (53%) als genesen oder gebessert, und 69 (19,5%) ohne sichtbare Besserung. 36 von den mit Malaria behandelten Paralytikern sind in der Anstalt, ohne dieselbe verlassen zu haben, gestorben: 25 (7,1%) während der Behandlung oder im ersten Monate nach der Behandlung, 11 (3,1% / in den nächsten fünf Monaten nach der Kur. Die übrigen 61 (17,3%) Paralytiker sind in der Anstalt als ungenesen und verwahrungsbedürftige Geisteskranke geblieben.

Von den Paralytikern, die die Klinik nach der Behandlung mit Malaria verlassen haben, mußten 67 (26,2%) später in dieselbe wieder aufgenommen werden. Von diesen 67 Kranken sind 37 (55,2%) bereits in der Anstalt gestorben. Von den Gestorbenen lebten 7 Personen nach der zweiten Aufnahme noch mehr als 6 Jahre, ein Paralytiker sogar über 9 Jahre. Von den 30 nichtgestorbenen Paralytikern leben 7 Personen, von der ersten Aufnahme gerechnet, in der Anstalt mehr als 7 Jahre.

Die ersten Jahre der Paralysebehandlung mit Malaria gaben uns zuweilen einen hohen Prozentsatz der Sterblichkeit. Dieselbe war durch verschiedene Ursachen bedingt. Erstens war ziemlich oft das Krankenmaterial wenig geeignet für diese Behandlungsmethode, weil dasselbe teilweise aus vorgeschrittenen Erkrankungsfällen bestand. Zweitens war damals der Usus, die Paralytiker längere Zeit fiebern zu lassen als das heute der Fall ist, und drittens haben wir in unserer Klinik den Eindruck gewonnen, daß nicht alle Plasmodiumstämme (wir hatten solche aus Hamburg, Königsberg und auch eigene) gleichmäßig auf den Organismus der Paralytiker einwirken.

An sehr seltenen Komplikationen bei der Behandlung der Paralyse mit Malaria haben wir in den ersten Jahren drei Milzrupturen zu verzeichnen. Zwei von ihnen sind schon früher veröffentlicht (*R. Adelheim:* Zur pathologischen Anatomie der Impfmalaria bei progressiver Paralyse. Wien. kl. Wsch. 1926 Jg. 39 Nr. 15). In zwei von diesen drei Fällen nahm die Malaria von vornherein Quotidianatypus an; in dem dritten Falle wurde sie durch eine septische Infektion kompliziert, und nach sechs Tagen septischen Fiebers trat plötzlich der Tod ein. In zwei Fällen, in welchen das Fieber Quotidianatypus aufwies, trat der Tod nach der elften Fiebersteigerung ein. Einer dieser zwei Patienten ist von einem anderen Kranken einen Tag vor dem Tode gestoßen

worden, bei dem anderen trat der Tod plötzlich in dem Augenblick ein, als der Patient sich vom Bette aufgerichtet hatte und die Harnblase entleerte.

In späteren Jahren ist die Sterblichkeit stark gesunken, und schwankt zwischen 3—4%. Dieses Sinken der Sterbefälle bei der Malariabehandlung der Paralyse hat ihren Grund hauptsächlich darin, daß die Zahl der Fiebersteigerungen, die ein jeder Paralytiker durchzumachen hat, mit der Zeit bedeutend herabgesetzt worden ist, und in den letzten Jahren im Durchschnitt nicht sieben oder acht Fieberanfälle übersteigt.

Wenn wir nun zu den Paralytikern zurückkehren, die nach der wenig erfolgreichen Malariakur auch weiterhin in der Anstalt bleiben mußten, und deren Krankheitsverlauf genau zu verfolgen war, so fällt es besonders auf, daß sehr viele von diesen Kranken nach der Kur körperlich sich sehr erholten, und einige sogar den Eindruck einer blühenden körperlichen Gesundheit machten. Diese Erscheinung blieb sehr oft in Kraft auch in denjenigen Fällen, wo das psychische Leben auf ganz kümmerliche Reste durch die Krankheit reduziert worden war. Die Paralytiker, die nach der Malariabehandlung im Gewicht stark zunahmen, waren gewöhnlich auffallend stupid und interessenlos. Sie liegen jahrelang gleich den Katatonikern im Bette, sprechen kaum ein Wort und scheinen gar keine seelische Regung zu haben.

Die nächste Folge dieser körperlichen Rüstigkeit der mit Malaria behandelten Paralytiker ist ihre Langlebigkeit. Die Paralytiker, die die Malariakur durchgemacht haben, leben bedeutend länger als nicht mit Malaria behandelte Paralytiker.

Seit der Einführung der Malariatherapie in unserer Klinik im Jahre 1923 bis Ende des Jahres 1934 sind in unserer Anstalt 164 Paralytiker gestorben: 73 mit Malaria behandelte und 91 unbehandelte. Von diesen 91 unbehandelten Paralytikern starben 66 (72,5%) im ersten Jahre nach der Aufnahme in die Anstalt, von den 73 mit Malaria behandelten starben im ersten Jahre nach der Aufnahme 33 (45,2%). Bis Ende des siebenten Jahres waren von den mit Malaria unbehandelten Paralytikern alle gestorben. Von den mit Malaria behandelten, die in der Anstalt als ungeheilt blieben und nicht in den ersten fünf Monaten nach der Behandlung starben, lebten oder leben nach Ablauf des siebenten Jahres nach der Aufnahme noch 41% (25 Paralytiker), und von ihnen 16,4% über zehn Jahre.

Man muß ja wohl in Rücksicht ziehen, daß die Kategorie der mit Malaria unbehandelten Paralytiker schon bei der Aufnahme in die Anstalt gesundheitlich meistenteils schlechter bestellt war als die Paralytiker, die geimpft wurden. Doch darf man die Tatsache nicht unbeachtet lassen, daß die Malariabehandlung der Paralyse

schon an sich die Sterbezahl der Paralytiker erhöht. Infolgedessen ist das längere Leben der mit Malaria behandelten Paralytiker nicht so sehr durch besseres Krankenmaterial als vielmehr durch eine spezifische Einwirkung der Malariatherapie auf den Körper der behandelten Paralytiker zu erklären. Von den 71 Paralytikern, die sich augenblicklich in unserer Anstalt befinden, sind 23 (32,4%) vor mehr als sieben Jahren hier aufgenommen worden. Unter diesen 23 Paralytikern sind 12 schon mehr als 10 Jahre in der Anstalt und 3 mehr als 12 Jahre. Alle diese langlebigen Paralytiker haben Malariakur durchgemacht. Es ist klar, daß der Organismus der Paralytiker durch die Malariatherapie irgendwie umgestimmt wird, worin aber die Umstimmung besteht, läßt sich vorläufig nicht näher bestimmen. Die Paralysis generalis progressiva scheint durch die Malariakur sehr oft ihren spezifischen Charakter zu ändern, wobei besonders die Progredienz sichtbare Einbuße tut. Als Beweis dafür, daß die Paralyse durch die Malariakur stark gehemmt wird, und daß der aufzehrenden Wirkung der Syphilis auf den Organismus der Paralytiker sehr oft starke Hindernisse in den Weg gelegt werden, und vielleicht auch ab und zu ein Halt geboten wird, können die Veränderungen dienen, die im Blute und Liquor der Paralytiker nach der Malariakur stattfinden. Wenn man das Blut und den Liquor von alten, früher mit Malaria behandelten Paralytikern von Zeit zu Zeit untersucht, so kann man sich leicht überzeugen, daß unabhängig davon, ob die Paralysebehandlung mit Malaria auch eine psychische Besserung zur Folge hatte, sehr oft eine bedeutende Sanierung des Liquors und des Blutes als direkte Folge der Malariatherapie stattgefunden hat. Von unseren Paralytikern, die mehr als sieben Jahre nach der Malariatherapie in der Anstalt lebten und leben, wiesen nur 28% ausgesprochen positive WaR im Blute auf. Eine positive WaR im Liquor bei 0,1, welche als Regel bei unbehandelten Paralytikern aufzufassen ist, war bei ihnen nur in 3,4% vorhanden. Dagegen bei Auswertung 0,5 war sie in 41,4% positiv. Ebenso fehlten bei unseren mit Malaria behandelten Paralytikern im Liquor sehr oft viele Jahre nach der Kur die anderen für die Paralyse charakteristischen Reaktionen, wie *Nonne-Appelt*, *Pandy*, *Mastix*, *Pleocytose*.

Diese Sanierung des Liquors und des Blutes weist mit Bestimmtheit darauf hin, daß der Organismus irgendwie von dem progredienten paralytischen Prozesse entlastet wird, und es ist kein Wunder, daß die mit Malaria behandelten Paralytiker infolgedessen viel länger leben als unbehandelte. Der destruktive Prozeß im Nervensystem und auch im ganzen Organismus wird durch die Behandlung gehemmt und das Tempo der Progredienz des pathologischen Geschehens im Gehirne solcher Paralytiker herabgesetzt.

Haben manche Tatsachen es wahrscheinlich gemacht, daß die

Paralyse durch die Malariatherapie eine Umstimmung erleidet, und daß der paralytische Prozeß eingeschränkt wird, so geben manche anderen Tatsachen keinen Grund anzunehmen, daß durch die Malariatherapie die Paralyse oft zum Stillstand für immer gebracht wird. Wenn man Gelegenheit hat, das Schicksal der mit Malaria behandelten Paralytiker nach der Kur jahrelang zu verfolgen und die Kranken von Zeit zu Zeit zu untersuchen, so kann man sich ziemlich oft überzeugen, daß der paralytische Krankheitsprozeß bedeutenden Schwankungen unterliegt und daß er auch in solchen Fällen aufflackern kann, wo er scheinbar jahrelang stillgestanden hatte. Dieses ist hauptsächlich aus den periodischen Untersuchungen des Blutes und des Liquors der mit Malaria behandelten Paralytiker zu entnehmen. Bei unseren Paralytikern blieben die Liquorbefunde mehr konstant als die Blutbefunde. Bei manchen Paralytikern wurde der positive Befund ebenso im Blute wie im Liquor mit der Zeit sogar mehrere Jahre nach der Malariakur ohne jegliches therapeutisches Eingreifen negativ. Ebenso gab normales Blut und normaler Liquor bei manchen Patienten mit der Zeit wieder positive Befunde, obwohl im abgeschwächtem Grade. Manche Paralytiker haben die ganze Zeit nach der Malariatherapie negativen Befund ebenso im Blute wie im Liquor bis zum Tode beibehalten, und trotzdem hat der paralytische Prozeß Fortschritte gemacht und endlich zum Tode hingeführt, wenn auch in einem verhältnismäßig langsamen Tempo.

Wenn das Negativwerden der syphilitischen Reaktionen im Blute und Liquor der Paralytiker in der Mehrzahl der Fälle als ein Symptom aufzufassen ist, daß der paralytische Prozeß im Körper gehemmt wird, so sind in bezug auf eine psychische Besserung die negativen Reaktionen viel vorsichtiger zu bewerten. Es ist sogar auffallend, daß man bei ganz verblödeten Paralytikern, und solche sind die meisten, die viele Jahre in den Irrenanstalten nach erfolgloser Kur bleiben, so oft ganz negative Reaktionen im Blute und im Liquor bekommt. Ebenso ist auffallend, daß bei so vielen Paralytikern, die nach der Malariatherapie psychisch scheinbar genesen, der pathologische Befund im Blute und im Liquor so oft durch die Therapie fast unbeeinflußt bleibt, wenigstens in erster Zeit nach der Kur.

Unter den Paralytikern, die schon mehr als sieben Jahre in unserer Anstalt leben und die Malariatherapie durchgemacht haben, befindet sich nur eine einzige Kranke, bei der die bekannten luetischen Reaktionen (WaR. NoA., Pandy, MKR. und Mastix) die ganze Zeit positiv ausgefallen sind, und bei der WaR. im Liquor auch bei 0,1 mit 4 + angezeigt wird. Auch die Lymphozytose ist die ganze Zeit ziemlich stark ausgesprochen ($^{33}/_{3}$—$^{123}/_{3}$). Die Patientin hat während der Kur elf Fiebersteigerungen durchgemacht

und nachdem Neosalvarsan bekommen. Nach der Behandlung trat eine gewisse Besserung des Gesundheitszustandes ein, und die Kranke konnte einige Jahre als Arbeiterin im Kuhstall der Anstalt tätig sein; später wurde sie apathisch, und auch die Demenz machte deutliche Fortschritte. Dagegen ist der körperliche Zustand der Patientin fortwährend gut, um nicht zu sagen blühend, wenigstens äußerlich. Nebenbei bemerkt ist die Patientin in der Kindheit an Pocken krank gewesen und hat von der Zeit Pockennarben im Gesichte. In diesem Zusammenhange ist interessant, einen zweiten pockennarbigen Paralytiker M.D. zu nennen, dessen Krankheitsverlauf in meiner Schrift: Schutzpockenimpfung und progressive Paralyse (D. Zschr. 1933 Bd. 100) geschildert worden ist, und der inzwischen gestorben ist, nachdem er zehn Jahre und acht Monate in der Anstalt verbracht hat. Dieser Paralytiker lebte in der Anstalt unbehandelt, nachdem die eingeimpfte Malaria dreimal nicht angeschlagen hat, acht Jahre mit positiven Reaktionen im Blut und im Liquor. Dann wurde nochmal die Malariaimpfung versucht, und diesmal insofern mit einem positiven Resultate, daß sechs Fiebersteigerungen erzeugt wurden. Dann hörte das Fieber von selbst auf. Auch nach der Kur ergaben Blut und Liquor positive Befunde, obwohl in etwas abgeschwächtem Grade. Da vor mehreren Jahren die Vermutung ausgesprochen worden ist, daß die Pathogenese der Paralyse irgendwelche Beziehungen zur Schutzpockenimpfung haben könnte, so habe ich hier die Eigentümlichkeit des Verlaufes der Paralyse bei zwei Personen, die früher an Pocken krank gewesen sind, kurz registriert, ohne irgendwelche Schlußfolgerungen daraus zu ziehen. Daß die Reaktionen im Blute und im Liquor bei beiden jahrelang positiv blieben, kann ja auch als bloßer Zufall aufgefaßt werden, um so mehr, als bei einer dritten pockennarbigen Paralytica, die schon drei Jahre nach der Malariakur in unserer Anstalt lebt, WaR. im Blute und Liquor negativ ist.

Wenn die Malaria als ein Mittel zu betrachten ist, durch welches es sehr oft eine bedeutende Besserung und Hebung des Gesundheitszustandes der Paralytiker zu erreichen gelingt, so fragt es sich, wie lange Zeit muß man den Paralytiker dem Malariafieber unterwerfen, um diese erwünschten Resultate zu erreichen? Da die Malaria an sich kein ganz indifferentes Mittel für den Organismus ist, um so mehr für einen Paralytiker, so ist man natürlich daran interessiert, die Patienten womöglich kürzere Zeit der Malaria auszusetzen und ein Optimum zu finden, damit die Kräfte der Paralytiker geschont werden, und andererseits um ein ausreichendes Maß der Malariaeinwirkung auf den paralytischen Organismus zu erreichen. Es gibt unter unseren Paralytikern solche, die nur eine einzige Fiebersteigerung durchmachten, und auch solche, die

20 Fieberanfälle erlitten. Im Durchschnitt kommen aber acht bis neun Fieberanfälle auf jeden unserer mit Malaria behandelten Paralytiker. Wenn wir nun die Fälle vergleichen, wo die Patienten als genesen oder gebessert aus der Anstalt ausschieden, mit den Fällen, wo keine Besserung durch die Malariakur erzielt wurde, so können wir in unserem Krankenmaterial in bezug auf Zahl der Fiebersteigerungen zwischen diesen zwei Krankenkategorien keinen Unterschied finden. Daraus dürfen wir schließen, daß bei der genannten Zahl der Fiebersteigerungen die kleinere oder größere Zahl solcher Steigerungen nicht als Ursache aufzufassen ist, warum einige Paralytiker genesen, die anderen aber nicht. Wir haben eine Besserung bei unseren Kranken gesehen, die nur drei Fiebersteigerungen durchmachten, und zuweilen keine bei denjenigen, die 15 oder 20 Fieberanfälle hatten. Ebensowenig scheint die Zahl der Fiebersteigerungen auf die Sanierung des Liquors und des Blutes bei der Paralyse eine ausschlaggebende Bedeutung zu haben. Beispielsweise hat ein Paralytiker, der schon mehr als zehn Jahre in der Anstalt ist, bei der Malariakur 14 Fiebersteigerungen durchgemacht, blieb aber psychisch ohne jegliche Besserung, und in späteren Jahren ergab die Untersuchung des Blutes auf WaR. immer ausgesprochen positive Reaktionen, und auch im Liquor, der eine Zeitlang ganz saniert zu sein schien, gab später die WaR. bei 0,5 ein schwach positives (2+) Ergebnis. Bei einem zweiten Paralytiker, der über neun Jahre in der Anstalt ist, wurde WaR. im Blute mit 13 Fiebersteigerungen nur ein wenig geschwächt und WaR. im Liquor wurde negativ nur bei 0,1, blieb dagegen bei 0,2 und 0,5 schwach positiv (2—3+). Bei einem dritten Paralytiker, der ebenso lange in der Anstalt lebt wie der vorige, wurde der Liquor mit 14 Fiebersteigerungen vollkommen saniert, aber WaR. im Blute, die noch im Jahre 1932 negativ war, ist Anfang 1935 wieder ausgesprochen positiv geworden. Bei einem vierten Paralytiker, der mehr als 10 Jahre in der Anstalt ist, wurde der Liquor mit drei Fiebersteigerungen saniert. Im Blute gab WaR. sieben Jahre nach der Behandlung 4+, ein Jahr später nur 1—2+, dagegen zeigt die WaR. im Liquor bei 0,5 eine Andeutung auf positive Reaktion (1—2+). Die übrigen luetischen Reaktionen fielen in diesem Falle die ganze Zeit negativ aus. Bei einem fünften Paralytiker (in der Anstalt seit Juni 1927) ist WaR. im Blute mit sieben Fiebersteigerungen dauernd negativ geworden. Ebenso ist der Liquor die ganze Zeit nach der Malariakur negativ gewesen, nicht nur in bezug auf WaR., sondern auch in bezug auf die übrigen luetischen Reaktionen.

Allzu große Zahl der Fiebersteigerungen bei der Malariatherapie erhöht bedeutend den Prozentsatz der Sterblichkeit, und scheint auch therapeutisch nachteilig zu wirken, besonders bei äl-

teren und schwächlichen Paralytikern. Wir haben in unserer Klinik nicht selten den Eindruck gewonnen, daß in denjenigen Fällen, wo der Körper, insbesondere aber das Herz durch forcierte Malariatherapie stark in Anspruch genommen war, die psychische Besserung öfters ausblieb, als in den Fällen, wo die Paralytiker auch während der Kur die ganze Zeit rüstig blieben. Die Zahl der erwünschten Fiebersteigerungen muß ganz individuell den Patienten angemessen werden. An unseren Paralytikern haben wir empirisch als Optimum sieben bis acht Fiebersteigerungen gefunden, bei älteren und schwächeren Kranken oft nur vier bis fünf Fieberanfälle. Die Mortalität ist bei solcher Malariakur sehr gering auch dann, wenn man wenig wählerisch in bezug auf das zu impfende Krankenmaterial ist.

Die zweitmalige Behandlung der Paralyse mit Malaria in Fällen, wo mit der Zeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten war, hat uns keine ermutigende Resultate gegeben. Viele Paralytiker sind bei zweitmaliger Behandlung ganz refraktär gegen Malaria geblieben, oder die Fiebersteigerungen hörten bald von selbst auf und konnten auch nicht künstlich durch Typhus- oder Gonokokkenvakzine hervorgerufen werden.

Dank der Malariatherapie wird nicht nur ziemlich oft eine Besserung des Gesundheitszustandes der Paralytiker, aber auch eine Verlängerung ihres Lebens erreicht. Das letztere auch in Fällen, wo keine psychische Besserung nach der Kur eingetreten war. Wenn nun ein ziemlich großer Prozentsatz der Paralytiker durch die Malariatherapie psychisch ungebessert bleibt, oder nach kurzer Zeit nach dem Verlassen der psychiatrischen Anstalt in dieselbe zurückkommt und viele Jahre dort verbleibt, viel länger, als vor der Malariaära das der Fall war, so scheint die Frage berechtigt zu sein, ob die ungeheilten Paralytiker, die nach wenig erfolgreicher Malariakur viele Jahre am Leben bleiben und verwahrungsbedürftig sind, nicht viel mehr den psychiatrischen Anstalten zur Last fallen, als früher, zur Zeit, wo die Paralyse noch nicht mit Malaria behandelt wurde? Wir haben unser aus den Paralytikern bestehendes Krankenmaterial der letzten acht Jahre verglichen mit dem entsprechendem Krankenmaterial unserer Anstalt der letzten acht Vorkriegsjahre (1906—1913), zu welcher Zeit es noch keine Malariatherapie der Paralyse gab. In den acht Vorkriegsjahren sind in unserer Anstalt 1648 Geisteskranke, darunter 217 (13,2%) Paralytiker aufgenommen worden. In den letzten acht Jahren (1927—1934) aber 4070 Geisteskranke, darunter 456 (11,2%) Paralytiker. Wenn man nun die Patienten, die am 1. Januar dieser acht Jahre in der Anstalt waren, zusammenzählt, so bekommt man in der Vorkriegsperiode 3369 Geisteskranke, von denen 196 Paralytiker (5,8%) waren. In den acht Nachkriegsjahren sind die ent-

sprechenden Zahlen 6972 und 534, d. h. 7,7% Paralytiker oder 1,9% Paralytiker mehr als in der Vorkriegsperiode. Das bedeutet, daß die Paralytiker in der Anstalt in der Nachkriegsperiode sich ansammeln. Dies wird besonders klar, wenn man in Betracht zieht, daß der Prozentsatz der in der Anstalt aufgenommenen Paralytiker in den Nachkriegsjahren im Verhältnis zu anderen Geisteskranken sogar kleiner ist als in den Vorkriegsjahren (11,2 gegenüber 13,2). Dieses Ansammeln von Paralytikern in unserem Krankenhause ist nur dadurch zu erklären, daß die mit Malaria behandelten Paralytiker, wenn sie auch oft nicht genesen, und wenn sie nach der Kur nicht selten gezwungen sind, auch weiterhin in der Anstalt zu bleiben, durch die Kur sehr oft zu einer bestimmten körperlichen Rüstigkeit gelangen und bedeutend langlebiger sind als mit Malaria nicht behandelte Paralytiker. Trotzdem ist die Anhäufung der Paralytiker in unserer Anstalt bis jetzt ziemlich gering und unbedeutend geblieben. An unserem Krankenmaterial ist es nicht einmal möglich nachzuweisen, daß die Tendenz des Anwachsens der Paralytikerzahl gegenüber der Zahl der übrigen nicht geheilten Geisteskranken fortwährend da ist. Wenn man die Periode der acht Nachkriegsjahre halbiert, so sieht man, daß der Prozentsatz der zum nächsten Jahr in der Anstalt verbliebenen Paralytiker in den ersten 4 Jahren 8, für die letzten 4 Jahre nur 7,4 von der Gesamtzahl der in der Anstalt untergebrachten Geisteskranken ist. Es liegt nach unserer Erfahrung jedenfalls keine größere Gefahr vor, daß die ungeheilten Paralytiker nach erfolgloser Malariakur die Anstalt sehr stark in Anspruch nehmen könnten.

Wenn auch wirklich ein gewisser Prozentsatz der ungeheilten Paralytiker den psychiatrischen Anstalten, Fürsorgeheimen und teilweise auch den Familien mehr zur Last fällt, als das früher vor der Malariakur der Paralyse der Fall war, so scheint wohl das Positive, was durch die therapeutische Methode erreicht wird, viel wichtiger und bedeutungsvoller zu sein. Es ist eine ganz andere Frage, wie weit und wie oft man von der Heilung der Paralyse durch Malaria sprechen kann. Wenn eine vollkommene Heilung der Paralyse durch Malaria überhaupt vorkommt, so scheint sie jedenfalls nicht häufig zu sein, denn in sehr vielen Fällen handelt es sich auch bei der scheinbar erfolgreichen Paralysekur um eine mehr oder weniger ausgesprochene Hemmung des paralytischen Prozesses und um ein Verlangsamen ihres Verlaufes.

Über Wochenbettspsychosen und unsere heutige Diagnostik.

Von

P. Schröder-Leipzig.

Eine leicht umschreibbare Gruppe von seelischen Erkrankungen gibt am ehesten Gelegenheit, eine Reihe von diagnostischen und systematischen Fragen zu erörtern, welche die klinische Psychiatrie beschäftigen; sie zwingt dazu, je mehr man auch alle unbequemen und diagnostisch schwierigen Fälle mit einbezieht.

Das Material für das Folgende bilden Wochenbettspsychosen, die z. T. eigener Beobachtung aus den letzten 10 Jahren entstammen, deren erster Beginn zum andern Teil auch bereits mehrere Jahrzehnte zurückliegt, soweit über sie durch Nachfragen und Nachuntersuchung Zuverlässiges erfahren werden konnte. Einbezogen sind im wesentlichen nur solche Krankheitsfälle, deren Beginn in die ersten zwei Wochen des Wochenbettes fällt. Es sind im ganzen etwa 40.

Man hat berechnet, daß etwa $1^1/_2$ auf das Tausend der Wöchnerinnen psychotisch werden. Unzweifelhaft ist nicht jede Psychose im Wochenbett eine Wochenbettspsychose, wenn man überhaupt darunter etwas bestimmtes verstanden wissen will; aber welche sind es sicher und welche sind es sicher nicht?

*

Eine Gruppe von Krankheitsfällen ist in der Regel einfach und leicht zu beurteilen: die nach Ursache, Erscheinungen und Ablauf einwandfrei symptomatischen Psychosen bei fieberhaftem Wochenbett oder sonstigen schweren infektiösen Komplikationen.

1. Elfr. Kr. 3 Tage lang schwere ängstliche traumhafte Verworrenheit, bei hohem Fieber, vom 5. Tage ab, nach Placenta praevia und Kaiserschnitt, Ausgang in Heilung.

2. Frieda Ru. Mehrtägige schwere delirante Erregung vom 9. Tage ab, nachdem am 6. Tage eine »Grippe« mit Fieber bis zu 40,3 eingesetzt hatte. Heilung, gesund geblieben.

3. Klara Lö. Am 10. Tage des Wochenbetts verworrene Unruhe bei Mastitis und Erysipel mit hohem Fieber. 5 Tage später Exitus.

4. Elis. Ka. Von Anfang des Wochenbettes an Temperaturen (Broncho-

pneumonie) 4 Wochen lang. Während dieser Zeit 12 Tage lang versonnene Delirien, welche eher abklangen als das Fieber. Genesen. Nach 5 Jahren ganz gesund geblieben.

5. Emmy Z. Hohe Zange, Plazentarlösung, Sepsis. Vom 7. Tage ab ängstlich verworrene Delirien mit Beziehungswahn. In der 5. Woche Exitus.

Etwas später beginnend, aber in dieselbe Gruppe gehörig ist die Erkrankung der Frau

6. A. P. Mü. Schwere Zange, Auskratzung, Thrombose. Von der 3. Woche an unregelmäßiges hohes Fieber. 3 Wochen nach Fieberbeginn Unruhe, Inkohaerenz, leicht delirant, versonnen, ungeniert. $2^1/_2$ Monate post partum Exitus.

Bereits weniger einfach liegen die Verhältnisse bei

7. Bertha Me. Vor 47 Jahren (1888) beim 5. Partus am 2. Tag hohes Fieber mit Delirien, die nach 2 Tagen abklingen; aber die Kranke bleibt auffallend unruhig, umtriebig, reizbar, schlaflos. 5 Wochen später in die Klinik. Hier ausgesprochen hypomanisch. Bald danach »fungöser« Abszess der Bursa praepatell., ansteigende hohe Temperaturen, pleuritisches Exsudat; während dieser Erkrankung von neuem benommen, bis zum Koma, Nackenstarre, Unruhe, Verwirrtheit. 5 Wochen nach der Aufnahme frei. Geheilt entlassen. 47 Jahre später, 1935, Nachuntersuchung: war nie wieder krank, dauernd hypomanisches Temperament, keine Depressionen; redselig, leicht ideenflüchtig, schwatzhaft, gehobene Stimmung. Gleichzeitig wird ein Bruder wegen Konflikten aus hypomanisch-paranoidem Temperament aufgenommen.

Ein Symptomkomplex, von dem weiterhin viel die Rede sein wird (der »katatone«), meldet sich in dem folgenden Fall an:

8. Magd. Kop. Vor 15 Jahren mit 22 Jahren normale Geburt. Nur am 4. oder 5. Tag einmal 38° und 4 Wochen später in der Klinik einmal 2 Tage lang bis 39° bei abgeschwächtem Atmen rechts-unten; sonst keine Komplikationen. Am 15. Tag p. p. zerstreut, wirre Reden, Verkennungen, Unruhe, Ängstlichkeit, zunehmende Verwirrtheit. Einen Tag später in der Klinik vollkommen verwirrt, läppisch, lacht, traumhaft, muß gefüttert werden, Dauerbad. In den nächsten Wochen »bisweilen etwas katatone Züge«, Grimassieren, Echolalie, zeitweise erregt, Wälzen, starkes Grimassieren; aber bald wieder freier, nur noch leicht ermüdbar und rasch abgespannt. Nach $4^1/_2$ Monaten geheilt entlassen. Jetzt nach 15 Jahren (1935) auf Anfrage: Noch eine Geburt, nie wieder krank, beruflich tätig.

Folgern läßt sich jedenfalls aus diesem Material das eine, daß das Wochenbett als solches **ohne** infektiöse Komplikationen psychotische Bilder von der Art der symptomatischen nicht macht; auch in den Erscheinungen und im Ablauf zeigen diese symptomatischen Psychosen im Wochenbett nichts besonderes; Besonderes sind auch nicht die »katatonen« Züge des letzten Falles.

*

Den **Wochenbetts-Katatonien** gehört in der Psychiatrie seit langem ein reges Interesse. Katatonie, katatone Symptome sind aber verdächtig auf Zugehörigkeit zur Schizophrenie. *Kahl-*

baum hat uns den katatonen Symptomenkomplex sehen gelehrt; *Kraepelin* hat uns gelehrt, die chronischen Verblödungszustände, bei denen katatone Bilder praktisch am häufigsten vorkommen, mit symptomatisch ganz anders erscheinenden Bildern als Dementia praecox (Schizophrenie) einheitlich zusammenzufassen. Aber wir wissen heute, daß bei der Schizophrenie die katatonen Komplexe nur zu den akzessorischen Erscheinungen (*Bleuler*) gehören und allein niemals Schizophrenie beweisen. Wir wissen andererseits, daß schwere katatone Bilder insbesondere bei den Infektionspsychosen keine Seltenheit sind: »es gibt tatsächlich kein einziges katatonisches Symptom, das sich nicht auch bei Infektionspsychosen fände« (*Bonhoeffer*); auch *Mayer-Groß* betont, gerade für die heilbaren infektiös-toxischen Puerperalpsychosen die Häufigkeit einer ausgesprochen katatonen Färbung, sogar unter Zurücktreten der sonst üblichen exogenen Reaktionstypen (Delirien, Dämmerzustände usw.), »so daß die größte erscheinungsmäßige Ähnlichkeit mit akuten schizophrenen Schüben« die Folge sein kann; ebenso kommen nach *Bumke* katatone Erregungen und Stuporzustände bei Intoxikationen und Infektionen der verschiedensten Art in der gleichen Weise vor, wie im Klimakterium und Senium, bei der Paralyse, Hirnsyphilis und nach Hirnverletzungen, was zu der Annahme berechtige, daß die schizophren genannten Symptome lediglich allgemeine Reaktionsformen darstellen, mit denen das Gehirn auf ganz verschiedene Schädlichkeiten antworten kann (Lehrbuch 1934).

Die diagnostischen Schwierigkeiten werden dadurch noch größer, daß auch atypische Verlaufsabschnitte des MDI ausgesprochen katatones Gepräge aufweisen können. Dabei mag zunächst ganz abgesehen werden zu erörtern, was alles Verschiedenes von verschiedenen Beobachtern und Beschreibern als »kataton« betrachtet wird: es werden über die rein akinetischen und hyperkinetischen Symptome im streng *Wernicke*schen Sinne hinaus letzten Endes vielfach mehr oder weniger alle akuten Zustandsbilder bei Schizophrenen überhaupt damit bezeichnet.

Diesen Schwierigkeiten gegenüber erscheint mir mit dem Versuch, die Einheitlichkeit der katatonen Erscheinungen in solchen Fällen erbbiologisch zu erklären und auf die gleiche schizophrene oder schizoide Erbanlage zurückzuführen, vorläufig, bei unserm heutigen Wissen, Vorsicht geraten, gerade so wie mit dem Parallel-Versuch, den intermittierenden Verlauf und die manische oder depressive Färbung schizophrener Erkrankungen durch die Belastung mit MDI zu begründen. Auch die letzte geistreiche und kluge Arbeit von *Karl Tuczek* kann von dem Gegenteil nicht überzeugen. *Joh. Lange* hat schon 1922 bei Besprechung katatoner Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen

sich für nicht genötigt erklärt, auf schizophrene Erbeinschläge zurückgreifen zu müssen. Für solche erbbiologischen Stellungnahmen fehlt es uns heute noch an genügenden Kenntnissen von der Spielbreite der Erscheinungen des MDI und damit an der Möglichkeit sicher zu beurteilen, was an ihnen heterogen ist und was wir nur zu Unrecht für wesensfremd halten.

Unsere Diagnostik der »einfachen Seelenstörungen«, um deren nosologische Unterteilung wir uns seit Jahrzehnten bemühen, leidet noch immer unter der Eindimensionalität ihrer Symptomatik (vgl. *Schröder* 1918[1])): wir haben für sie nur die eine diagnostische Ebene des Psychologischen, trotz alles unseres Strebens und Suchens nach Feststellungen und Abgrenzungsmöglichkeiten auch auf anderen Gebieten, wie wir sie z. B. bei den hirnatrophischen Prozessen und insbesondere bei der Paralyse besitzen (neurologische Reihe, Liquorbefunde, Luesnachweise, Histopathologie). Überall in der gesamten Medizin ist es damit das gleiche: nur da sind die erstrebten, abgerundeten »Krankheiten« sicher und leicht feststellbar, wo auf mehreren, möglichst weit auseinander liegenden Ebenen das Resultat gleich lautet. Unserm Diagnostizieren bei den »einfachen Seelenstörungen« bleibt doch immer noch etwas von dem alten spöttischen Vergleich *Hoche*s haften: dem Versuch der Klärung einer trüben Flüssigkeit durch das Umfüllen in immer wieder andere Töpfe.

Vorläufig wird deshalb auch nicht ausbleiben können, was jeder festzustellen vermag, der seine eigenen Fälle oder die von anderen weiter verfolgt (die Arbeit an den Erbgesundheitsgerichten gibt dazu zur Zeit reichlich Veranlassung): ein etwa in der ersten Anstalt als manisch diagnostizierter Kranker wird in der zweiten als maniriert, verschroben, flach, ein Depressiver als gehemmt, stuporös, affektlahm angesprochen; erfolgt ein Abklingen der Störungen, so gelten beide in der zweiten Anstalt als »gebessert vom ersten schizophrenen Schub« entlassen; das gleiche Spiel kann sich mehrfach wiederholen (s. u. Fall 22). Dann kann es auch vorkommen, daß ein Anstaltsleiter erklärt, 60—70% der Kranken, welche ihm aus der zuständigen Universitäts-Nervenklinik zufließen, kommen mit falscher Diagnose, die er dann richtig stellt. Ich selber habe mir beim Erbgesundheitsgericht längst abgewöhnt, für das schriftliche Urteil gegen eine der von anderer Seite gestellten Diagnosen Einwendungen zu machen oder gar durchfechten zu wollen, sobald es mir sicher feststeht, daß es sich entweder um ein Jugendirresein oder ein MDI und sicher um nichts anderes handelt. Ich begrüße des-

---

[1]) *P. Schröder.* Zur Systematik in der Psychiatrie. Mon.schr. f. Ps. u. Neur. Bd. 42.

halb auch lebhaft, wenigstens aus diesem Grunde, die praktische Gleichstellung beider Krankheitsgruppen im Sterilisierungsgesetz. Man stelle sich einmal die jedesmaligen Erörterungen der psychiatrischen Beisitzer oder Gutachter vor, wenn beide Krankheiten vor dem Gesetz verschieden behandelt würden. —

Katatone Zustände (zunächst ganz allgemein gesprochen) sind im Verlauf von Wochenbettspsychosen auffallend häufig. Entwickeln sie sich aus amentiellen oder deliranten Bildern bei fieberhaften Komplikationen des Wochenbettes, dann liegt nach dem Gesagten kein Grund vor, allein wegen ihres Vorhandenseins schon ohne weiteres an der exogenen Natur der Erkrankung zu zweifeln. Aber die Entscheidung kann schwierig sein und bleiben.

9. **Frieda Schä. Mit 24 Jahren am ersten Tag nach dem ersten Partus (27. 12. 1931) Bronchitis mit leichten Temperaturen; hohe Temperaturen erst in der 3. Woche bei gleichzeitiger Angina; aber bereits vom 8. Tage des Wochenbetts ab große Unruhe, dann Toben, Delirien, unter großen Schwankungen in der Heftigkeit. Mit Einsetzen der Angina leicht benommen, erregt, verwirrt, ablehnend, gehemmt und von neuem delirante Züge. Mit Abfall des Fiebers (23. Tag) ruhiger, aber weiter delirant und ängstlich-verworren. Unmittelbar daraus entwickelt sich ein schwerer negativistischer Stupor mit Widerstreben, Grimassieren, Negativismus, der nach etwa 2 Monaten sich langsam löst; jedoch die Kranke bleibt noch wenig ansprechbar, zeigt allerlei Merkwürdiges und Abweisendes, Theatralisch-bizarres in den Bewegungen bei weiter bestehender Gehemmtheit. Erst 8—9 Monate p. p. bessert sie sich endgültig, wird freundlich, fleißig, bleibt aber noch etwas »geziert«. Bei einer Nachuntersuchung, 15 Monate nach der Geburt (Frage der Unterbrechung einer neuen Schwangerschaft) erweist sie sich als zugänglich, geordnet, frei von allem Wahnhaften, fleißig im Haushalt, ohne jeden spezifischen schizophrenen Defekt. Abermals 2 Jahre später lauten die Berichte über ihren Zustand sehr günstig.**

Über die Diagnose bei dieser Kranken wird sich leicht streiten lassen. Handelt es sich um eine Schizophrenie, welche Rolle spielen Wochenbett und fieberhafte Komplikationen als Ursache oder nur als auslösender Faktor, befindet sie sich in einer Remission oder ist sie geheilt?

Noch schwieriger kann das werden, wenn auch der Anhaltspunkt der Herausentwicklung einer längeren katatonen Verlaufsphase mit gutem Abklingen aus einer Infektionspsychose des Wochenbetts fortfällt oder nicht genügend sicher gestellt ist.

10. Marta Eis. 22 Jahre. Keine Belastung, keine früheren Auffälligkeiten bekannt. II. Partus am 25. 11. 26, glatt und ohne Komplikation. Am 6. Tag, noch in der Frauenklinik, plötzlich unruhig, unzusammenhängende Antworten, Verkennungen, Lachen, Weinen. In der Nervenklinik heftige wirre Erregung, Temp. 36,9°, gewalttätig, schlägt, wehrt angstvoll ab, aggressiv, verursacht durch ihre Erregung eine wilde Panik, verweigert die Nahrung,

Sondenfütterung; alle Menschen werden getötet. 4 Tage nach Beginn der Erregung vorübergehend 38°. Monotone Bewegungen, rhythmisches Widerstreben, verworrene Ortsverkennungen. 9 Tage später deutlich stuporös, aber mit allerlei hyperkinetischen Beimengungen, singt stundenlang die gleiche Melodie vor sich hin. Sondenfütterung. — In der Heilanstalt (ab 20. 12. 26) wieder 38,8°, verworren, läppisch, dauernde motorische Unruhe, Stereotypien, unsauber, »kataton«. Dieses Bild hält mehrere Monate an. Ab März 1927 ruhiger, geordneter, fleißig beim Nähen, beste Einsicht, zufrieden, bescheiden. 8 Monate nach Beginn der Erkrankung entlassen.

$2^1/_2$ Jahre nach Entlassung dritter Partus, ohne Störungen.

März 1935, $8^1/_4$ Jahre nach der Erkrankung, stellt sie sich vor, habe zu Hause gleich wieder gearbeitet, war immer gesund, 2 Kinder leben, das jüngste 6 Jahre, habe ihre Freude an ihnen; ausgeglichene Stimmung trotz kümmerlicher Verhältnisse und Mann im Gefängnis. Gesamteindruck: frei, natürlich, nichts Hebephrenes, gute Krankheitseinsicht.

Sehr viel eher an eine nur zufällig im Wochenbett beginnende Schizophrenie muß die folgende Erkrankung denken lassen, ohne fieberhafte Komplikation im Beginn, und mit Resterscheinungen nach längeren Jahren, die allerdings nach den vorliegenden Feststellungen nicht unbedingt spezifisch schizophren sein müssen.

11. Anna Ri., geb. 1896. Keine Belastung, keine Auffälligkeiten bekannt. 19. 3. 1920 dritter Partus, glatt und ohne Komplikationen. 14 Tage danach Unruhe, Übelkeit, Herzbeklemmungen, Schwindel; 4 Tage später lautes Schreien, Schlagen. In der Nervenklinik (9.—27. 4. 1920) hochgradige Erregung, sinnloses Brüllen, Grimassieren, Strampeln; aber gut orientiert, sobald fixierbar. Perseveriert monoton eine Reihe von Sätzen, triebartiges Brüllen, sei tot. Wenige Tage später aktiver Negativismus, gehemmt, zeitweise ängstlich, stets klar. Gelegentlich Andeutungen von geheimnisvollen Beziehungen, stundenlang manirierte Stellungen, rhythmisches Erheben der Arme. — In der Heilanstalt: Diagnose Katatonie; starr, ausdruckslos, zerfahrene Antworten, belangloses Schwatzen, theatralisch-hohes Pathos. Dann plötzlich ganz mutazistisch, unbeweglich, kein Lidschlag, Katalepsie, Echopraxie; zwischendurch ängstlicher Beziehungswahn und motorische Erregung. Temperatur normal.

2 Monate nach Beginn der Erkrankung ruhig, zugänglich, geordnet, fleißig, aber ohne rechte Einsicht, bleibt zurückhaltend, flach, ohne viel Interesse. Abermals 3 Monate später ruhig, unauffällig; habe in der Klinik und in der Anstalt bis Juli viel befehlende Stimmen gehört. 8. 9. 20 als genesen entlassen.

Nachuntersuchung 13 Jahre später (1933): In der ersten Zeit nach Entlassung noch Magenbeschwerden, Menschenscheu, wohl auch imperative Phoneme. Im zweiten Jahr ließen die Stimmen nach und blieben weg. Dann sei sie wieder die alte geworden, blieb aber mißtrauisch und empfindlich gegen Kränkungen. Bei der Untersuchung mürrisch und gelegentlich auffällige Redewendungen, »mehr an gereizten Epileptiker erinnernd«.

März 1935 berichtet sie selber, es gehe ihr bedeutend besser, seit sie geschieden sei.

Selbst *Mayer-Groß* weist, wie wir sahen, auf die erheblichen Schwierigkeiten in der Differential-Diagnose zwischen heilbaren infektiös-toxischen Puerperalpsychosen und (im

Wochenbett) beginnenden Schizophrenien hin. Ganz besonders gilt das, wenn Ausgang und Verlauf über viele Jahre noch nicht übersehbar ist, aber auch wenn die Defektsymptome nach dem Abklingen der akuten Phase nicht charakteristisch schizophren, sondern mehr allgemein, unspezifisch sind, an die zerebrale Hirnschwäche erinnern.

Wie vorsichtig man deshalb mit der Prognose sein muß, lehrt einer der Fälle von *Mayer-Groß* selber, dessen Weiterentwicklung durch die folgenden 6 Jahre zu erfahren mir das Entgegenkommen der Anstaltsleiter ermöglicht hat. Es ist das der Fall Maria Philp. im Schizophrenieband des Handbuches von Bumke (1933, S. 371), der von *Mayer-Groß* als Beispiel der Entwicklung des Bildes einer katatonen Zerfahrenheit unmittelbar aus der symptomatischen, bewußtseinsgetrübten Verwirrtheit im fieberhaften Wochenbett angeführt wird, als Übergang eines symptomatischen Bildes in eine Schizophrenie, »für den klinischen Blick des erfahrenen Psychiaters erkennbar« an der einsetzenden affektiven Entleerung und der Denkzerfahrenheit. Die Kranke ist seit 6 Jahren gesund:

Maria Philp. 25 J. Eine Schwester und ein entfernter Verwandter gleichfalls vorübergehend geisteskrank. Im Wochenbett 8 Tage lang Temperaturen bis 39°. Am Tage des ersten Aufstehens plötzlich verwirrt, Schreien, Singen; in der Klinik schwere halluzinatorische Tobsucht, liegt meist nackt am Boden, verkennt, sieht verzerrte Gestalten mit glühenden Augen, voller Angst, manirierte Bewegungen, flüstert. Auch in der Klinik in den ersten Tagen noch Fieber (Infiltration im Parametrium). In der Folgezeit starke Hyperkinese, wälzt sich, rast, tanzt grotesk stundenlang, dabei stets traumhaft-verwirrter Eindruck. Nach einem Monat zugänglicher, scheint depressiv, weint hemmungslos; freiere Zeiten wechseln mit verzückt-ekstatischen Ausnahmezuständen, rhythmisches Tanzen, wiegendes Schwimmen im Bade, schleudert die Arme auf und nieder. Weiterhin abgelenkt, unkonzentriert, zeitlich ungenau orientiert, versagt bei einfachen Prüfungen, verfällt rasch wieder in grotesk-hyperkinetische Erregung. Die Hyperkinese wird immer bizarrer. Kontakt völlig unmöglich, Schimpfen, Kreischen. Erscheint nicht mehr traumhaft, die Bewegungen büßen an Grazie ein, ungeheuer einförmig und unproduktiv, gleichgültig auch bei Erwähnung von Mann und Kind.

4 Monate nach der Aufnahme »in dieser Verfassung in die Anstalt verbracht«. Mir zur Verfügung gestellte Mitteilungen ergeben: der Ehemann hat die Kranke nicht in die Anstalt gebracht; der Außenfürsorgearzt der Anstalt aber kennt die Kranke seit 6 Jahren, er hat sie seit 1929 in größeren Zwischenräumen des öfteren besucht, »sie ist dauernd ruhig, geordnet, klar, frei von Sinnestäuschungen und bietet nichts Schizophrenes«.

12)—21). Erkrankungen im frühen Wochenbett mit schizophrenen oder schweren katatonen Symptombildern, die nach dem weiteren Verlauf schwerlich anders als zur Schizophrenie gehörig werden aufgefaßt werden können, finden sich in meinem

Material 10, die Mehrzahl ohne fieberhafte Komplikationen im Beginn, einige aber auch mit solchen; davon müßten allerdings 7 hier eigentlich ausscheiden, weil ihr nachweislicher Beginn erst in die dritte Woche p.p. und später fällt (von denen, die erst im III. Monat und darüber hinaus begonnen haben, ist ganz abgesehen worden, ebenso von solchen, bei denen bereits während der Schwangerschaft von Auffälligkeiten berichtet wurde). Dazu würde dann wahrscheinlich noch gehören Fall 11).

Bemerkenswert erscheint aber jedenfalls an diesen Schizophrenien im Wochenbett, daß keiner der insgesamt 10 Fälle schwer schizophren oder kataton verblödet ist, immer wurden nur beobachtet oder berichtet höchstens leichte Wesensveränderungen oder Defekterscheinungen, mehrfach nur uncharakteristischer und anscheinend unspezifischer Art. Das kann bei dem kleinen Material Zufall sein, aber möglicherweise ist auch noch der eine oder andere von ihnen anders zu deuten.

Als Musterbeispiel für die Verschiedenheit der bei einem Falle gestellten Diagnosen sei der folgende angeführt:

22. Klara Wa., geb. 18. 2. 1910. In der Schule dreimal sitzen geblieben, eine Schwester in der Hilfsschule, ein Bruder als kleines Kind Krämpfe, Mutter leichtsinnig, hat mehrere uneheliche Kinder.

Mit 20 Jahren am 3. 6. 31 zweiter Partus. Am 5. Tage 39,5° mit vorübergehendem Erregungszustand, der am nächsten Tage wieder abklang. Am 9. Tage p. p. in die Nervenklinik, verworrene Erregung, »psychogen anmutend«, abwechselnd ruhig und erregt. Diagnose: »symptomatisches Zustandsbild, Möglichkeit der Entwicklung einer Defektpsychose«; später: »abklingende Amentia, atypische emotionelle Schwäche, zuletzt manischer Zustand«. Nach 3 Wochen entlassen, kommt nach 2 Tagen wieder: depressiv. Seitdem (4 Jahre) mit einigen kurzen Unterbrechungen in Anstalten. Während einer der Unterbrechungen Heirat. In der einen Anstalt bei der Aufnahme: Manie bei Imbezillität, bei der Entlassung: Schizophrenie. In einer andern anfangs: hypomanische Stimmung, bei der Entlassung: mehr und mehr das Bild der Katatonie. Bald danach in einer dritten Anstalt: Manie bei Imbezillität. Invaliditätsgutachten: Geisteskrankheit bei angeborenem Schwachsinn. Ein Nervenarzt stellt bei der nächsten Aufnahme fest: katatoner Erregungszustand. Die erste Anstalt hat später wieder den Eindruck: eine Imbezille in manischer Erregung. Das Sterilisationsgutachten lautet auf Pfropfhebephrenie, das Ehescheidungsgutachten auf Schizophrenie im Endzustand (Mai 1935).

In einer erfreulich bestimmten Weise hat kürzlich *K. Leonhard*-Gabersee[2]) Stellung genommen zu dem Fragenkreis der »exogenen« Schizophrenien. Im Vordergrund seiner Kasuistik steht eine Wochenbettspsychose:

Frau N. G., geb. 1889. Zweimal eine Psychose im Wochenbett, das erstemal im 3. (35 J.), das zweitemal im 6. (42 J.), einmal 7 Wochen, einmal

---

[2]) *K. Leonhard.* Exogene Schizophrenien usw. Mon.schr. f. Ps. u. Neur. 91, 1935, S. 249.

2 Wochen post partum beginnend; beide Male hohes Fieber, beide Male anfänglich amentielles Bild, dann grobe »Schizophrenie« (zerfahren, unzugänglich, negativistisch, autistisch, paranoide Ideen, akustische Halluzinationen); Dauer das erstemal mehr als 2 Jahre, das zweitemal 4—5 Monate. Konstitution pyknisch. Präpsychotisch lustig und lebhaft. Postpsychotisch: »eine selten schöne syntone Persönlichkeit, immer freudig, aufgeschlossen, zugewandt, lebhaft.« Auch die Eltern und Geschwister eindeutig syntone Persönlichkeiten und pyknisch. In der Familie nichts Schizophrenieverdächtiges, überhaupt keine geistigen Erkrankungen.

Für *Leonhard* steht es fest, daß beide Erkrankungen bei der Frau exogener Natur gewesen sind, denn beide Male sei völlige Heilung erfolgt, die sogar »durch das Wiederhervortreten des syntonen Charakters besonders eindrucksvoll« wurde. *Leonhard* führt dabei Gedanken aus, welche sich bereits vor mehr als 2 Jahrzehnten bei *Bleuler* finden und welche analog *Hoche* für die Paralyse formuliert hat, welche aber auch schon enthalten sind in den grundlegenden Ideen *Kraepelin*s von der Dementia praecox, welche nur immer wieder bald in Vergessenheit geraten oder zurückgedrängt worden sind durch andere Gedankenreihen und Einstellungen: Das Charakteristische für die echte, die »genuine« Schizophrenie sind die Defektsymptome, die man sich hüten muß als nur sekundär, als erst bedingt oder herausentwickelt aus den akuten Syndromen aufzufassen (*Bleuler*s »Grundsymptome«, *Hoche*s »Achsen-Symptome«); die andern, häufig besonders groben und sinnfälligen Erscheinungsreihen, die immer wieder gern als selber schizophreniebeweisend angesprochen werden, von den stürmischen »katatonen« bis zu den vielfach sehr milden paranoiden (*Bleuler*s »akzessorische«, *Hoche*s »Randsymptome«) sind nicht spezifisch und an sich beweisend für die Krankheit »genuine Schizophrenie«, sie dürfen auch nicht in Beziehung zu einer schizophrenen Erbanlage gebracht werden. Was exogene Ursachen der verschiedensten Art vielfach erzeugen, sind schizophorme Bilder (aber niemals schizoforme Defekte), und was die akuten Phasen der genuinen Schizophrenie in ihren gegebenenfalls sehr groben Randsymptomen enthalten, sind symptomatische Bestandteile, die ihrem Wesen nach nicht verschieden sind von den exogenen der toxisch bedingten Erscheinungen. »Wir ziehen den Strich zwischen den genuinen (mit Defekt einhergehenden) und den symptomatischen (lediglich die schizophrenen Randsymptome bietenden) Schizophrenien scharf« ... »mögen auch der sicheren praktischen Entscheidung manchmal unüberwindliche Schwierigkeiten entgegenstehen«.

Schizophrenieartige Psychosen hält auch *Leonhard* gerade im Wochenbett für auffällig häufig, während ihm »in der gleichen Beobachtungszeit kein Fall bekannt geworden ist, in dem im

Wochenbett eine echte unheilbare Schizophrenie zum Ausbruch gekommen wäre«.

Bumke hat (1924) auf der »Tatsache, daß sich einzelne schizophrene Zustandsbilder wenigstens gelegentlich bei den allermeisten bis jetzt bekannten organischen Krankheiten finden«, den Gedanken aufgebaut und ausgeführt, »daß diese schizophrenen Symptome allgemeine Reaktionsformen darstellen, mit denen das Gehirn auf ganz verschiedene Schädlichkeiten antworten kann«. Wir brauchen diesen Satz, wenn wir mit *Leonhard* gehen, nur dahin einzuengen bzw. dahin zu verstehen, daß »diese schizophrenen Symptome« lediglich die akzessorischen oder Randsymptome sind, nicht auch die schizophrenen Grundsymptome. *Bumke* spricht a. a. O. nur von den organischen Krankheiten; katatone Symptome, insbesondere Stuporbilder, sind aber nicht so selten auch beim MDI. Die Erklärung dafür werden wir vielleicht noch in einer ganz anderen Richtung zu suchen haben: in der symptomatologischen, die erst noch entscheiden muß, ob »depressive Stuporen« psychopathologisch überhaupt wesensgleich bzw. wesensverwandt mit schizophrenen sind und nicht nur äußerlich ihnen ähneln.

Was *Leonhard* in erster Linie für die katatonen Symptomenkomplexe ausführt, gilt in gleicher Weise für andere Komplexe, so wie wir sie heute umgrenzen: als Halluzinationen, Sensationen, Wahnbildungen usw. Es wird wahrscheinlich auch in Zukunft müssig bleiben, nach der für Schizophrenie spezifischen, sie beweisenden Sonderart solcher Symptomenkomplexe zu suchen. Vielleicht liegt auch schon eine falsche Problemstellung in der vorsichtigen Formulierung von *Kurt Schneider*[3]), daß z. B. gewisse Formen der akustischen Halluzinationen (in Betracht kommen wird vor allem die Verbalhalluzinose) für den schizophrenen Prozeß fast spezifisch seien, daß schizophrene Symptomatik (klinisch dann Schizophrenie) vorliege, wenn bei körperlichen Beeinflussungen (überwiegend sexuellen Inhaltes), bei Gedankenentzug oder »echtem Wahn« keine (scl. andere) Ätiologie faßbar, greifbar sei.

Die Symptomenkomplexe, welche *Schneider* nennt (dazu einige andere und insbesondere auch die katatonen) sind gewiß überaus häufig bei den in unsern Anstalten überaus häufigen Schizophrenen. Führt man aber alle diese Syndrome auf ihren Kern zurück, dann erweist sich dieser jedesmal als unspezifisch, jeder als je eine der zahlenmäßig vermutlich beschränkten seelischen Reaktionsmöglichkeiten überhaupt. Ein unterschiedliches, für bestimmte Krankheiten in gewissem Sinne charakteristisches

---

[3]) D. Med. Wschr. 1935, Nr. 35.

Gepräge erhalten die Symptomkomplexe immer nur durch bestimmte, besondere »Färbungen«; diese Färbungen aber sind ihrerseits wieder Symptomkomplexe, und zwar von der gleichen Wertigkeit wie diejenigen, von denen man ausgegangen war. Bei der Schizophrenie sind das in erster Linie die alles färbenden hebephrenen Defektsymptome. Nur solche Einsicht kann uns davor bewahren, z. B. alle Gewohnheitstrinker mit Alkoholhalluzinose, weil sie den bei der Schizophrenie häufigen Komplex der Verbalhalluzinose aufweisen, wie es geschehen ist, für schizophrenieverdächtig zu erklären, oder in anderen Krankheitsfällen (Paralysen, namentlich nach Fieberbehandlung, senile Psychosen, allerlei atypische Fälle des MDI) aus dem Vorkommen des gleichen Komplexes auf eine damit sich beweisende schizophrene Erbanlage zu schließen.

In Krankenblättern kann man häufig Einträge lesen, anscheinend mit dem Zug des Wichtigen und Bedeutsamen, wie: Patient halluziniert! oder: scheint lebhaft zu halluzinieren! oder auch: halluziniert offensichtlich, gibt es aber nicht zu! Halluzinieren gilt dabei Vielen, wenn es sich um die Differentialdiagnose zwischen MDI und Schizophrenie handelt, als beweisend für letztere, ohne Rücksichtnahme auf die Buntheit und Verschiedenartigkeit all des Vielen, aber heute bereits Unterscheidbaren, was wir uns seit Jahrzehnten gewöhnt haben Halluzinationen zu nennen[4]). Hier wie überall in der Psychiatrie wird es eine der wichtigsten zukünftigen Aufgaben sein, die Phänomenologie eines nicht geringen Teiles unserer allzu abgegriffenen, schlagwortartigen Symptombegriffe zu revidieren und zu vertiefen. Auf dem Nachbargebiet der Hirnpathologie wird diese Arbeit fortgesetzt fleißig gepflegt, in der Psychiatrie hat sie hinter allgemeinen großen Fragestellungen zurückstehen müssen, und doch werden gerade diese großen andern Fragen erst auf Grund einer neu vertieften Symptomatik gefördert werden können, über den heutigen Stand hinaus. Nach oder neben *Kraepelin* zunächst einmal wieder etwas mehr *Wernicke* und *Meinert!*

Als gemeinsamer wesentlicher Zug dessen, was wir als Schizophrenien zusammenfassen, könnte u. a. gelten die auffällige, ausgesprochene Neigung zum Hinausprojizieren des eigenen Seelischen nach außen, die Tendenz, das innere Erleben als von außen bedingt, beeinflußt, geleitet, gestört, unterdrückt zu deuten, das Fremdheitsgefühl für das eigene seelische Geschehen, die Lockerung des uns selbstverständlichen: ich denke, fühle usw., nebst den daran anschließenden Erklärungsvorstellungen

---

[4]) *P. Schröder.* Über Halluzinationen. Der Nervenarzt, 1933, H. 11.

(vorwiegend im Sinne der Beeinträchtigung). Darauf weist wahrscheinlich schon hin die von *Wernicke* als fundamental betrachtete Unterscheidung von allopsychisch und autopsychisch. Man könnte deshalb geneigt sein, statt Schizophrenie »Allophrenie« vorzuschlagen. Aber auch das würde wieder nur den Fehler bedeuten, den wir ohnedies zu machen geneigt sind: einen bei einer Krankheit häufigen Zug als kennzeichnend für diese Krankheit anzusehen, und zu übersehen, daß das an sich weiter verbreitete »allopsychische« Gepräge erst wieder durch einen zweiten, in den Grundsymptomen steckenden Komplex (Verschrobenheit, Vertraktheit) einigermaßen charakteristisch für Schizophrenie wird, ganz wie die Größenideen der Paralyse erst durch ihre Maßlosigkeit und Unsinnigkeit infolge von Urteilsschwäche.

*

Daß manisch-depressive Erkrankungen in die ersten Wochen des Puerperium fallen, bedeutet an sich nichts besonderes. Zur Erörterung könnte höchstens stehen, ob das Einsetzen von Manien und Melancholien unmittelbar nach dem Partus häufiger ist als sonst. Nach meinem Material scheinen m. d. Phasen bei Wöchnerinnen zum mindesten häufiger zu sein als Schizophrenien; aber das Material ist für solche Feststellungen nicht groß genug.

Erste Manien bei jungen Leuten sind besonders häufig atypisch und fallen gern aus der Spielbreite des klassischen Symptomkomplexes heraus. Für junge Wöchnerinnen gilt das gleiche. Wir werden uns deshalb auch bei ihnen hüten müssen, wegen einiger, selbst grober Ungewöhnlichkeiten die Diagnose nach der anderen Seite zu stellen.

Für die Phasen des MDI ist es zum Schlagwort geworden, von der Schicksalsmäßigkeit ihres Einsetzens zu reden. Wir dürfen nicht vergessen, daß das in erster Linie bedeutet: sie sind nicht die Reaktion auf seelische Erlebnisse, wie Laienkreise (wenigstens für die Melancholie, nicht auch für die Manie) gern glauben; ob schicksalsmäßig auch heißt: unabhängig von inneren körperlichen Vorgängen (die gegebenenfalls therapeutisch beeinflußbar sein könnten), wissen wir nicht. Daß das Wochenbett in diesem Sinne eine Rolle spielt, steht nicht fest.

23.—28. Unter den zusammengestellten Psychosen der ersten 2 Wochen des Wochenbettes fanden sich

a) Zwei einfache glatte Manien von 3 bzw. 8 Monaten Dauer bei einer 25 jährigen und einer 28 jährigen Frau; beide Male war es die erste Manie überhaupt, beide Male auch das erste Wochenbett. Beide sind seit 1931 bzw. seit Sommer 1935 noch nicht wieder erkrankt.

Die Manie von 8 Monaten Dauer (1930—1931) ist in der Heilanstalt, in welche sie verlegt wurde, als Schizophrenie angesehen worden wegen Zerfahrenheit, Grimassieren, Stimmenhören, flachen Affektes, Manirierheit, man-

gelnder Einfühlbarkeit. Nach den Berichten 4 Jahre später (Juni 1935) kann eine Schizophrenie schwerlich angenommen werden. Im Krankenblatt der Klinik hieß es: gehobene Stimmung, schöne Ideenflucht, dauernd in Bewegung, sei mopsfidel, lacht, heiser, gut ansprechbar.

b) Drei typische Depressionen mit 21, 27 und 31 Jahren, alle 3 erstmalig im Leben, 2 bei der ersten, eine bei der dritten Geburt; 2 dauerten etwa 3 Monate, die dritte erheblich kürzer. Die eine der beiden ersten Kranken hat ein Jahr später wieder geboren, ohne seelische Störungen, dann Sterilisation.

c) Eine 23 Jährige bekam im ersten Wochenbett eine leichte Depression, welche sich unter Schwankungen 1 Jahr hinzog; 2 Jahre später, gleich nach dem II. Partus, hatte sie wieder $^1/_2$ Jahr lang Unruhe, Angstgefühle, schwermütige Stimmung. Während der III. Gravidität (1 Jahr danach, Herbst 1933) kam sie wegen Kopfdruck, schlechtem Schlaf und nervösen Beschwerden zur Beratung in die Poliklinik, sie ließ ein deutlich depressives Bild erkennen.

29. Minna Gie. 41 jährige Zehntgebärende, Partus am 29. 11. 1915, hohe Zange, Perforation, künstliche Lösung der Plazenta. Vom 4. bis 17. Tage hohes Fieber, dann Abfall. 9. 12. 1915 in die Nervenklinik. Diagnose: Puerperalpsychose mit Ausgang in Melancholie. Somnolent, unruhig, heftig abwehrend, zeitweise ganz reaktionslos. 8 Tage nach Fieberende fällt sie auf durch ihren jovialen, lasziven Rededrang und ihre Scherzhaftigkeit. 3 Wochen später Umschlag ins Depressive. 3 Monate post partum still, ausgeglichen, zufrieden entlassen. Danach lange Jahre gleichmäßig lustig und lebensfroh. 19 Jahre später (Frühjahr 1935) wurde sie erst depressiv gehemmt, dann ängstlich-unruhig. In der Klinik entwickelte sich rasch ein »depressiver Stupor«, unterbrochen von ängstlichem Herausdrängen mit Schlaflosigkeit und nächtlicher Unruhe. Nach 7 Tagen Tod infolge Pneumonie und Kreislaufschwäche.

Eine etwas atypische Depression im Wochenbett machte eine Kranke durch, deren Mutter nach der Geburt dieser Kranken manisch geworden war, und deren Großmutter mütterlicherseits ihre erste man.-depr. Phase mit 35 Jahren während einer Schwangerschaft, ihre zweite im zweiten Wochenbett bekam:

30. Frieda Eis., geb. 1912. Auch ein Bruder der Mutter war in einer Anstalt. Erster Partus am 1. 11. 33. Vom 8.—12. Tage des Wochenbettes Temperaturen bis 38°. Am 16. Tage auffallend ängstlich, starrte vor sich hin, aber zärtlich. In der Klinik ängstlich, rastlos, gespannt, greift aber immer nach den Händen des Arztes, großes Anlehnungsbedürfnis, zutraulich, weint viel vor sich hin, oft gesperrt. Zeitweise mehr depressiv, zeitweise mehr gehemmt. 10. 2. 34 gebessert entlassen. Nov. 1934 bei einer Nachuntersuchung: fröhlich, sei glücklich, gehe gern ins Theater; leichter Rededrang, rühmt sich.

Die Mutter, geb. 2. 10. 85: Erster Partus (Frieda Eis.) am 14. 7. 1912, schwere Zangengeburt, nach 3—4 Wochen reizbar, phantasiert. In der Nervenklinik unruhig, soll Hunde gebären, inkohärenter Rededrang. In der Anstalt 4 Monate, ununterbrochenes Reden. 12 Jahre später wieder in die Nervenklinik, flotte Manie. Ebenso 1926, 1927, 1928, 1930, 1933, 1934, jedesmal manisch, in den Zwischenzeiten gesund.

Mutters Mutter, geb. 1848. 6 normale Geburten, bis dahin gesund. In der 7. Schwangerschaft angeblich manchmal wirre Reden, Partus am 20. 8. 1883. 13 Tage danach unruhig, bei Tage gleichgültig. In der Nervenklinik apathisch, Diagnose: Schwachsinn mit Stupor. 5 Wochen nach Beginn regsamer und fleißig, aber bald zunehmendes Toben, Schreien, Schimpfen. $^1/_4$ Jahr nach Beginn der Erkrankung ruhig, fleißig, guter Schlaf. Entlassen. 6 Jahre später kam sie in die Heilanstalt (1889) und blieb dort bis zu ihrem Tode 1917. Während dieser 28 Jahre hat sie zahlreiche leichtere und gröbere manische Schwankungen, aber dazwischen auch einige depressive gehabt. In den niemals langen freien Zeiten war sie willig, fleißig und arbeitsam. Sie starb mit 58 Jahren an Lungen-Tbc.

Von den außerhalb der schulmäßigen Spielbreite der Erscheinungen des MDI liegenden Symptomkomplexen pflegen auch wieder die katatoniformen am häufigsten diagnostische Bedenken zu erregen, d. h. in erster Linie Stuporen, in zweiter auch Hyperkinesen. Hier soll nur von den ersteren die Rede sein. Den zweiten ist in der Literatur bereits mehr Beachtung geschenkt worden; unter den hier zusammengestellten Fällen im Wochenbett findet sich auch keiner mit hyperkinetischer Färbung.

31. M. M. Hes., geb. 30. 1. 1877. Schule gut. Keine Belastung. I. Partus mit 22 Jahren, am 13. 9. 99, mit Dammriß, kein Fieber. Hat sich in der Schwangerschaft wohl gefühlt. Als sie nach 14 Tagen aufstand, war sie matt, appetitlos, stiller, hatte schlechten Schlaf. Sie mußte sich lange besinnen, war furchtsam und schreckhaft, habe unrecht getan. Am 7. 10. Zustand lebhafter Angst, sie werde vergiftet, abgeholt. In der Nervenklinik 7. 10. bis 8. 11. völlig stuporös, weit aufgerissene Augen, 36,7°, starre Haltung, spricht nicht, unrein mit Urin; in den nächsten Tagen »stärker ausgesprochene Katalepsie, fast flexibilitas cerea«, negativistische Haltung, gehemmt, starrt vor sich, ängstlicher Ausdruck. Starr und stuporös. Gehemmt, stumpf, »fast negativistisch«, zwischendurch aber auch etwas freier, ängstlich-ratlos, nennt den Arzt leise Kaiserliche Hoheit, hilflos, verständnislos.

Dieser »Stuporzustand« währt nur 8—9 Tage, dann beginnt die Kranke zu essen, verlangt nach dem Mann, will in den Garten, ist zugänglich, äußert Versündigungsideen, weint gelegentlich, spricht auch von bekannten Stimmen, welche in den Ohren hallen, ist andere Male wieder »ziemlich stuporös und deprimiert«. Einen Monat nach der Aufnahme wird sie vom Manne abgeholt.

November 1928, d. h. 29 Jahre später, wird sie für 9 Tage zum zweitenmal in die Klinik gebracht wegen Angstvorstellungen, Befürchtungen und schlechtem Schlaf seit einer Woche. Sonst soll sie die ganzen Jahre hindurch gleichmäßig, anhänglich an die Kinder, heiter in Gesellschaft, ernst zu Hause gewesen sein. Macht sich in der Klinik reichlich Selbstvorwürfe über Kleinigkeiten aus früherer Zeit, äußert Versündigungsideen, habe sich das Leben nehmen wollen, habe nicht mehr so schaffen können; ist dabei zugänglich, freundlich und nicht deutlich gehemmt. Schon nach einer Woche ruhig, geordnet, guter Schlaf und Appetit, guter Abstand zu ihren Selbstvorwürfen. Vom Manne abgeholt.

Auf Anfrage nach $6^1/_2$ Jahren (IV. 1935) teilte der Sohn mit, der Zustand der 58 jährigen Mutter sei gut, keine seelischen Störungen wieder.

Die Krankengeschichte (aus dem Jahre 1899) berichtet hier bei einer Erstgebärenden sofort nach der Geburt von einer kurzen depressiven Phase mit Anstieg zu einem schweren Angstzustand, dann, mit Beginn der dritten Woche, von einem nur 8—9 Tage anhaltenden Stupor mit ausgesprochener Katalepsie, »fast mit flexibilitas cerea«, von Negativismus, Hemmung, Starre; sogar von »Stumpfheit« wird berichtet. Danach notiert das Krankenblatt wieder Zugänglichkeit, Versündigungsideen, Weinen, Befürchtungen, schlechten Schlaf und zwischendurch abermals »ziemlich stuporös-depressives Verhalten«. Aufenthalt in der Klinik 1 Monat. Darauf 29 Jahre gesund, ohne alle Hinweise auf einen Defekt und dann eine 2—3wöchige charakteristische Depression ohne deutliche Hemmung. Seitdem mehr als 6 Jahre gesund bei 58 Jahren. An der Diagnose MDI wird schwerlich zu zweifeln sein; von Interesse ist allein das »katatone« Gepräge einer kurzen depressiven Phase während eines fieberfreien Wochenbetts.

32. Ilse Le., geb. 1909. Erste Gravidität, freute sich sehr auf das Kind. 7. 9. 32 Partus, glatt. 6 Tage danach Klagen über Denkerschwerung, Ängstlichkeit, fehlende Freude am Kind; sträubt sich beim Essen, sitzt steif da, sei ein Tier, kein Mensch, kniet starr vor dem Bett. Am 14. Tage des Wochenbetts in die Nervenklinik: gespannt unzugänglich, keine Antwort, dabei angstvoll, weite Augen, zittert, leichte Zyanose, starke Tachykardie. Starker passiver Widerstand, fast unbeweglich im Bett, nur die Augen folgen. In den nächsten Wochen mutazistisch, akinetisch, steht regungslos neben dem Bett, keine Spontanäußerungen, gehemmt, mutazistisch, widerstrebend. Nach 2 Monaten in die Anstalt überführt. Dort etwa 10 Wochen: katatones Zustandsbild, leeres Gesicht, bewegungsarm im Bett, nur die Augen folgen allen Vorgängen, ängstlich-ratlos; nur ganz vorübergehend steht sie auf, hilft fleißig, doch muß ihr alles angewiesen werden, läßt auch nicht selber Urin. Sonst stark gehemmt, sehr widerstrebend, schlägt, spuckt, näßt ein, keine Kontaktmöglichkeit; ganz kataton, gespannt, negativistisch, unsauber, mutazistisch, plötzlich aktive Erregungen, wird rasch einmal gewalttätig. Nur einmal wird notiert: wenn man auf sie einredet, von ihrem Kindchen oder von Hause spricht, füllen sich ihre Augen mit Tränen; sonst keine sprachliche Äußerung. Am 2. 2. 34 fast unverändert gegen verschärften Revers von dem mißtrauischen Ehemann nach Hause abgeholt.

14 Monate später erscheint sie, nachdem an den Mann die Bitte um Auskunft gerichtet worden war, selber: heiter, strahlend, froh, wohlgenährt, rundlich, mit ihrem $2^1/_2$jährigen Kind an der Hand. Zugänglich, nett, auskunftsfreudig. Habe inzwischen wieder ein Kind bekommen, von jetzt 10 Monaten, Wochenbett ohne Störung. Ihr Zustand in Klinik und Anstalt sei furchtbar gewesen, sie habe alles gesehen und gehört, wisse noch alles, sei schwermütig gewesen, habe immer sterben wollen, war aber wie gefesselt. Der Arzt in der Anstalt habe gesagt, es sei Jugendirresein. Zu Hause habe sie zunächst noch in den Ecken herum gesessen, wollte sich nicht sehen lassen. Dann Besserung. Jetzt gehe sie gern und viel unter Menschen, sei immer lustig, alles staune über ihre Gesundheit, sie schlafe wie ein Murmeltier.

Jetzt erst macht die Kranke noch die folgenden Angaben: sie sei immer ernst gewesen, etwas schwermütig, ängstlich auf ihre Gesundheit bedacht. Schon 1928 sei sie einmal wegen Kopfschmerzen, Zittern, Angst und schlechtem Schlaf $^1/_2$ Jahr lang ärztlich behandelt worden. Während der Gravidität 1932 sei sie freudig nur in der ersten Zeit gewesen, von April oder Mai 1932 ab wurde der Schlaf schlecht, in den letzten Wochen vor der Geburt habe sie überhaupt nicht mehr schlafen können, sie glaubte an keine Besserung und fürchtete den Tod beim Partus.

In diesem Falle ist der »Stupor« erheblich länger. Sowohl das Krankenblatt der Klinik wie der Heilanstalt schildert mehr als 4 Monate lang den Zustand der Kranken mit dem kompletten psychiatrischen Wortschatz der katatonen (stuporösen) Bilder; nur ganz vereinzelt werden reaktiv auslösbare affektive Ausdrucksbewegungen erwähnt. Nachträglich ergibt sich, daß der Depressionszustand schon während der zweiten Hälfte der Schwangerschaft begonnen hatte, und daß 4 Jahre voraufgegangen war ein $^1/_2$jähriger, gleichfalls als leichte Depression in Betracht kommender Zustand. Bei der Nachuntersuchung erwies sich die Kranke als deutlich hypomanisch.

Noch überraschender war die Katamnese bei der folgenden Kranken:

33. Marie A. Eine Schwester angeblich mehrmals Anfälle von Depressionen. Erster Partus (Frühgeburt) mit 23 Jahren am 2. 5. 1920. Vom 13. Tage an verwirrt, laut, unruhig, schlaflos, sieben Willen wirken auf sie ein. In einer Privatheilanstalt: wechselnd stuporös, muß katheterisiert werden, hält Kot und Urin zurück. Einmal 2 Tage völlig frei, dann wieder Stupor.

15. 7.—7. 12. 1920 in der Nervenklinik: Stupor, starr und unbeweglich, Befehlsautomatie, hält Kot und Urin zurück, abgehobener Kopf, Katalepsie. Nach 1 Monat freier, aber: hört viele beschimpfende und befehlende Stimmen. Tageweise wieder vollkommen stuporös, Speicheln.

Ab Oktober 1920: sehr anlehnungsbedürftig, zugänglich, zärtlich, freundlich, äußert Freude über empfangene Briefe, über den Besuch des Kindes, spielt Klavier. Hört noch viel drohende Stimmen. Dann allmählich freier, lacht und scherzt, ist fleißig. 7 Monate nach dem Partus zur Nachkur ins Gebirge entlassen.

Die Kranke blieb danach mehr als 11 Jahre gesund. März 1932 trat ziemlich plötzlich eine seelische Depression auf mit vielen körperlichen Beschwerden; sie weinte ohne Grund, war schlaflos, machte sich viel Selbstvorwürfe über geringfügige Kleinigkeiten, war trüber Stimmung, hatte keine Freude am Leben; Gefühl der Leere im Kopf, alles Erlebte scheine fern, für alles gleichgültig, kann sich über nichts freuen, über nichts ärgern. Verschlimmerung Juli 1932, ein Monat im Sanatorium, weitgehende Besserung, Sehnsucht nach Hause, aber Stimmung noch nicht völlig wie in gesunden Tagen. 10. 8. 32 entlassen.

Wer die Krankenblätter aus dem Jahre 1920 liest, muß für die Wochenbettspsychose von etwa $^1/_2$jähriger Dauer die Diagnose Katatonie (Dementia praecox) unbedenklich bestätigen. Was die vorhergehende Kranke an den uns geläufigen Schlag-

worten unserer Nomenklatur für katatone Zustände noch nicht aufwies, bietet diese; dazu auch noch das ominöse »Stimmenhören«. Nach 11jähriger Gesundheit bekam sie mit 35 Jahren eine neue Psychose, die, von einem gut bekannten Facharzt gut beobachtet, ebenso einwandfrei eine einfache Depression war. Leidet die Frau nun an Schizophrenie oder an MDI? Welcher Zustand, oder besser: welche Schilderung des Zustandes ist die beweisendere? Die von 1920 oder die von 1932? Entscheidet für die Diagnose der »katatone« Zustand von 1920 oder der weitere Verlauf und die Art der Wiedererkrankung?

Ganz die gleichen Fragen können gestellt werden bei dem folgenden Fall:

34. Martha So., geb. 1877. Vater eigenartig, verschlossen; von Geisteskrankheiten nichts bekannt; selber ruhig, bescheiden, immer heiter. Nach der Hochzeit (Okt. 1900) viel Heimweh, viel Weinen. Erster Partus 31. 5. 1902. Sofort danach schlechter Schlaf. Am 5. Tage Weinkrämpfe, Strampeln, müsse sterben, sei so häßlich, verlangt Koitus, hört Leute sprechen, verwirrt, Nahrungsverweigerung. Am 14. Tage des Wochenbetts in die Nervenklinik, für $5^1/_2$ Monate. Daselbst in den ersten 5 Tagen Temperaturen bis $37{,}7^0$, später noch öfter einige Tage bis 38^0, starke Obstipation. Anfangs auch hoher Puls, bis 140. Ängstliche Unruhe, Sträuben, antwortet nicht, blickt gespannt ins Leere, Nahrungsverweigerung. Wird 4 Wochen hindurch fast täglich mit der Sonde gefüttert, auch später noch zeitweise. Mutazistisch, widerstrebend, ängstlich. Wisse nichts von der Geburt. Nach 4 Wochen freier, aber wieder zeitweise Nahrungsverweigerung, viel Negativistisches, gibt keine Auskunft. In den nächsten Monaten nur langsame Fortschritte, bleibt gleichgültig, teilnahmlos, in gebundener Haltung im Bett, geringes Interesse, zögernde Antworten, abweisend; hört viele Stimmen, man veralbere sie, ängstlich. Erst 4—5 Monate nach Beginn der Erkrankung viel freier, munter, fleißig, klar, gute Krankheitseinsicht.

In den folgenden reichlich 30 Jahren ist Frau S. gesund geblieben, sie hat noch 4 Kinder geboren, ohne gesundheitliche Zwischenfälle. Menopause mit 44 Jahren.

Frühjahr 1933 Venenentzündung (56 J.), im Anschluß daran depressiv, könne die Wohnung nicht mehr bezahlen, will nicht essen, apathisch. Februar bis Mai 1933 in einer Nervenklinik wegen »klimakterisch-arteriosklerotischer Störungen«. Sehr fett, pyknisch-dysplastisch. R. R. 160/100 mm. Apathisch, sträubt sich aber mit enormer Kraft, Sondenfütterung, sei inwendig ganz verfault, müsse sterben, läßt Stuhl ins Bett, sei voll bis oben. Nach etwa 2 Wochen Besserung, lächelt, dann 1—2 Wochen lang ausgesprochen hypomanisch, Witzelsucht, unanständig, euphorisch. Nach einer Operation ihrer Varizen in der Chir. Klinik wieder völlig mutazistisch, negativistisch, aktiv abweisend, aber schon nach wenigen Wochen lebhafter. Mai 1933 einsichtig, freundlich, harmonischer Stimmung, entlassen.

Nach der Entlassung »leidlich gesund«, hat Haushalt besorgt. Anfang März 1935 (58 J.) fängt sie an, den Haushalt zu vernachlässigen, Angstgefühle, viel Weinen. 30. 4.—12. 6. 35 in der gleichen Klinik, Bild der agitierten Depression mit viel hypochondrischen Inhalten, zuweilen psychogene Komponente deutlich. Blutdruck 170/85; später zunehmend unsauber. In

die zuständige Heilanstalt. Dort schwer ängstlich-depressiv. Nach 2 Wochen weitgehende Besserung für 3 Wochen: geordnet, interessiert, Lebensmut. Dann wieder ratlos-ängstlich mit rapidem körperlichem Verfall. Exitus 14. 8. 35.

Die Fragen sind hier wieder die gleichen: Ist der mit 35 Jahren post partum einsetzende, etwa 1/2 Jahr dauernde Zustand mit Gespanntheit, Mutazismus, Negativismus, Nahrungsverweigerung, welcher über eine mehrmonatige Phase von Gebundenheit, Uninteressiertheit mit Stimmenhören abheilt, beweisend für die Zugehörigkeit der Erkrankung zur Schizophrenie, oder spricht der weitere Verlauf: 30jährige Pause mit Geburten, danach in Abständen von 2 Jahren Depressionszustände, der erste ebenfalls mit ausgesprochenen Hemmungen, aber unterbrochen von einer 14tägigen Hypomanie, dafür, daß es sich um eine manisch-depressive Kranke handelt, daß also auch die erste Psychose im ersten Wochenbett nur eine atypische, vielleicht auch nur allzu einseitig gesehene (und geschilderte) Depression im Rahmen des MDI war?

In der Psychiatrie gilt ein Gefüge von recht fest umrissenen und einheitlich gern auf die normalpsychologischen Zustände der Freude und der Trauer zurückgeführten Erscheinungen als charakteristisch für die beiden polaren Phasen des MDI. Wir lehren unsere Studierenden diese zwei Komplexe und wir schicken sie bei Abhandlungen zum mindesten immer als die klassischen Formen vorauf. Nosologie und Phänomenologie bekommen dadurch etwas ausgesprochen Übereinstimmendes und Einheitliches. Meister in der Herausschälung und Schilderung solcher typischen Manien und Melancholien ist *Wernicke* gewesen. Aber die Spielbreite der Erscheinungen des MDI ist viel größer, wenn man nicht aus dem Überzeugtsein von der weitgehenden Übereinstimmung zwischen Krankheit und klassischen Erscheinungsformen die Spielbreite der letzteren bewußt sehr eng zieht. Ein Korrektiv dafür aus einer anderen diagnostischen »Ebene« besitzen wir noch nicht. In der Praxis scheint jedenfalls zur Zeit die größere Neigung zu bestehen, Fälle mit deutlichen Abweichungen vom klassischen Typus lieber der anderen großen Krankheitsgruppe zuzuweisen: der Schizophrenie mit ihren sehr viel mannigfacheren und sehr viel weniger scharf umrissenen Zustandsbildern. Auch für sie fehlt uns aber wieder dasselbe Korrektiv.

Zu den gefährlichsten diagnostischen Klippen gehören zweifellos die akinetischen Zustände[5]). Wer entweder seine

[5]) Stupor und Akinese wird hier, wie auch sonst vielfach üblich, weitgehend gleichbedeutend gesetzt. Eine schärfere Unterscheidung in der Verwendung beider Namen fordert bekanntlich *Kleist*. Für ihn ist der Stupor gekennzeichnet durch Denkausfall mit Inkohärenz und Aufmerksamkeitsschwäche, durch Affektleere oder Angst, durch Bewegungs- und Sprachverlust

eigenen Krankengeschichten aus früheren Jahren oder die aus anderen Anstalten zu lesen Gelegenheit hat oder lesen muß, ist immer wieder überrascht, wie verschieden verschiedene Beobachter zu verschiedenen Zeiten den gleichen regungsarmen Kranken betrachten und schildern, je nachdem der Einzelne ihn — darum handelt es sich ja heute in der großen Mehrzahl der Fälle — für manisch-depressiv oder für schizophren hält. Wer später karteimäßig solche Krankenblätter verwertet, muß diese Tatsache wohl in Rechnung setzen. Ob eine ungewöhnlich starke (depressive) Hemmung oder eine (psychomotorische, katatone) »Sperrung« angenommen wird, hängt offenbar weitgehend von der Gesamtvorstellung ab, die der Schildernde von dem betreffenden Kranken hat; erscheint die Diagnose Schizophrenie besiegelt, dann wird auch gern von den bequemen Bezeichnungen Stupor, Katalepsie, Negativismus usw. Gebrauch gemacht, bewertet der Krankenblattverfasser andere, z. B. depressive Züge, höher, dann kann in der Schilderung das »Katatoniforme«, Stuporähnliche im Gesamtbild zu kurz kommen.

Nach *Joh. Lange*[6]) bedingen schon leichtere Grade der immer wiederkehrenden Grundstörungen des zirkulären Irreseins die Anfänge einer Bewußtseinstrübung; Auffassung und Aufmerksamkeit seien bei Manischen, aber auch bei Melancholischen regelmäßig beeinträchtigt, in den schwersten Fällen bis zur völligen Desorientiertheit, manchmal mit dauerndem Wechsel zwischen tiefer Bewußtseinstrübung und leidlicher Klarheit, andere Male mit traumhaften Zuständen oder mit einer eigenartigen Benommenheit, mitunter so weit gehend, daß diese Zustände symptomatischen Psychosen ähnlich sehen können, ohne Mitwirkung exogener Ursachen[7]). Nach *Lange* disponiert MDI geradezu zur Bewußtseinstrübung. Er schließt sich *K. Schneider* darin an, daß katatone Zustände an Bewußtseinstrübung und Denkstörung gebunden sind, außer bei der Katatonie selber. Das würde klinisch bedeuten, daß in fraglichen Stuporfällen cet.par. Bewußtseinstrübung mehr für MDI spricht.

Dem wird in gewissem Umfang beigestimmt werden kön-

---

mit ablehnendem Gesamtverhalten oder Unschlüssigkeit und häufig mit Depersonalisationserscheinungen. Dagegen treten bei der Akinese die spezifisch motorischen Zeichen der schweren Regungslosigkeit und Bewegungsunfähigkeit auf, wobei Stimmung, Orientierung und Urteilsfähigkeit auffällig verschont bleiben können; andererseits gibt auch *Kleist* zu, daß gerade bei der Akinese ausgesprochene Bewußtseinsstörungen vorkommen.

[6]) *J. Lange.* Katatone Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Berlin 1922.

[7]) Dann können also nicht nur die akuten schizophrenen Bilder, wie wir oben sahen, symptomatischen Psychosen gleichen, sondern auch die man.-depr.

nen; gewiß läßt sich oft genug nachträglich feststellen, daß bei Schizophrenen harte, klare Rückerinnerung an ihre schweren psychotischen Episoden häufiger ist, als bei Man.-Depressiven, deren Rückerinnerung durchaus nicht selten lückenhaft und verschwommen ist. Nur stoßen wir auch hier wieder rasch auf die enge Beschränktheit unseres psychopathologischen Könnens und Wissens: Bewußtseinstrübung ist uns, wenn grob und ausgesprochen, klinisch verhältnismäßig leicht feststellbar, aber ihre geringen und geringsten Grade vermögen wir, auch grundsätzlich, keineswegs sicher zu unterscheiden von andersartig bedingten seelischen Leistungsschwächen. Die gewiß richtigen und wichtigen Hinweise von *Lange* sollten uns Anlaß sein zu Untersuchungsreihen, welcher besonderen Art die Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Auffassung in der Manie und der Melancholie ist, ob sie wesensgleich ist mit der Benommenheit bei toxischen usw. Schädigungen (vgl. die alten Kontroversen über den Bewußtseinszustand im Alkoholdelir), ob die sehr häufigen (meist länger festgehaltenen) Personenverkennungen bei Manischen Desorientiertheit in dem gleichen Sinne bedeuten wie beim *Korsakow*schen Zustand, ob wir mit Recht bei ihnen von traumhaften Bildern sprechen u. m. a. m.; auch hier ist das Ausmaß dessen, was wir allgemein-psychopathologisch nicht wissen, erheblich größer als das, was wir wissen müßten für die Stellungnahme zu Fragen wie den von *Lange* angeregten.

Was bleibt dann aber überhaupt noch übrig als diagnostische Richtschnur für die Unterscheidung atypischer Fälle von MDI gegenüber Schizophrenie, am Krankenbett, im gegebenen Moment? Dafür herrscht eigentlich im Grunde weitgehende Übereinstimmung: Es ist in erster Linie das aus dem Gesamtverhalten sich ergebende Fehlen oder Vorhandensein der »Grundsymptome« der Schizophrenie, d. h. von ausreichender Ansprechbarkeit, Einfühlbarkeit, Anteilnahme, Affekterregbarkeit oder zum mindesten gelegentlicher Durchbrüche von Affektäußerungen. Den Schizophrenen kennzeichnet, dem Manisch-Depressiven fehlt der Eindruck des Fremdartigen, Unverständlichen, des ausbleibenden zwischenmenschlichen Rapports (*Leonhard*), jene kühle Ferne, jenes eigentümliche Unbeteiligtsein, daß er auf einem andern fremden Boden zu stehen scheint, daß man nicht zu ihm herüberspricht wie zu andern (*Kurt Schneider*). Gerade das aber ist ein Zug im Krankheitsbilde, dessen Beurteilung und Bewertung strittig sein kann. Seine differentialdiagnostische Bedeutung in Fällen mit starker depressiver Hemmung erhellt bereits aus den Fällen 30 und 33, bei denen schon während des Stuporzustandes die Anlehnungsbedürftigkeit, die Neigung zu stiller, scheuer Zärtlichkeit und das gelegentliche Weinen auf

die Natur des Grundleidens hinweisen. Solche »depressiven Stuporen« finden sich unter unserm Material von Wochenbettspsychosen unverhältnismäßig reichlich, aber auch sonst sind sie nicht selten. Dahin gehört aller Wahrscheinlichkeit nach auch der folgende Fall, selbst wenn die Diagnose sonst nicht weiter gesichert werden kann:

35. Anna Zei. 26 J., 6 Geschwister, alle gesund, keine Belastung bekannt. Mutter lebhaft, erzählt viel. Pat. etwas hitzig, arbeitsam, lebensfroh, sangeslustig. Der dritte Partus nach normaler Gravidität am 10. 4. 1924. Verlauf ungestört, hat 2 Wochen gestillt. Am 10. Tag verworrener Rededrang, ängstlich, 5 Tage völlig schlaflos, zeitweise bewegungslos, stumm, Stieren. 9. 5.—6. 6. 24 in der Nervenklinik. Stark gehemmt und verlangsamt, mehr stumpf und ratlos als depressiv; traumhaft benommen, erschwerte Auffassung, gebunden, seufzt und nickt bei Frage nach Kranksein, leise Sprache, möchte nach Hause. Krankheitsgefühl. Weint leicht, geht aber auch auf Scherze ein. Ab Mitte Mai lebhafter, aber noch bewegungsarm, verlangsamt, man muß alles 3—4mal fragen; noch immer wie traumhaft benommen, wehmütig, streckt sehnsüchtig die Arme nach dem Arzt und der Schwester aus, fühlt sich verlassen, fragt nach den Angehörigen, sei schlecht zu ihrem Manne gewesen, habe ihn grob behandelt. Bei der Entlassung, 6 Wochen nach Beginn, frei, wohl, freundlich, dankbar, zuvorkommend. Diagnose: Wochenbettpsychose. 10 Jahre später (Februar 1935): sei nie wieder krank gewesen, habe manchmal Kopfschmerzen und sei dann aufgeregt.

Rein nach dem Zustandsbilde wird gleichfalls dahin der folgende Fall gehören, obwohl auch bei ihm aus Vorgeschichte und Belastung sonst nichts Positives für MDI spricht:

36. Erna Br., geb. 1898. Ein Bruder wegen Krämpfen in einer Anstalt. In der Schule gut; heiter, gutmütig, gleichmäßig im Wesen. 12. 4. 23 Partus, ohne Komplikationen. In der ersten Woche lebhaft, vergnügt, keinerlei Erschöpfung, sodaß die Angehörigen sich schon darüber wunderten. Am 6. Tage stiller, ängstlich, Versündigungsideen, schlief und aß schlecht, sprach wenig, fürchtete um ihr Kind. In der Klinik (26. 4.—7. 6. 23) langsam, mimikarm, starrer Blick, leise monotone Stimme, weint, wenn man nach ihrem Kind fragt, sie sei ein schlechter Mensch, habe Böses getan. Stark gehemmt, aber Tränen, nur selten eine Antwort. Nach 6 Wochen weniger ängstlich und gehemmt, aber noch verlangsamt, flehendes Gesicht, gedämpfte Stimme, sehr fleißig. Vom Manne abgeholt. 12 Jahre später Bericht der Ortsbehörde: nie wieder krank gewesen, geistig völlig normal.

Größere diagnostische Schwierigkeiten gelten bei der folgenden Kranken:

37. Dora Sch., 31 J. Keine Belastung bekannt. Gleichmäßig lustig, heiter, gesellig, glückliche Ehe. In der Schwangerschaft nicht auffällig. Schon während des Partus am 22. 11. 34 erklärte der Arzt sie für »psychopathisch«. Vom 6. Tage an aufgeregt. Einmal auch 38.0°. Das Herz schlage nicht mehr, viel Beten. Dieser ängstlich-hypochondrische Zustand hielt etwa 2 Wochen an; auch noch bei der Aufnahme in die Klinik: ängstliche Befürchtungen, Selbstvorwürfe, ekle sich vor sich selber, ironisiert sich, dabei gut ansprechbar. Der Leib sei mit Wasser aufgepumpt, sie sei schon eine

Leiche, nur Knochen, sei der Teufel, habe Schlangen im Bett. Gelegentliche Steigerung zu erregtem Brüllen und Stoßen, rhythmisches Schreien. — Ab 11. 12. 34 zunehmende Hemmung: keine Antwort, weit aufgerissene Augen, Flüstern, steife Haltung, Sträuben gegen das Füttern; zwischendurch ausgesprochen anlehnungsbedürftig und hilfesuchend. In allem verlangsamt, »fast negativistisch«, beginnt häufig zu weinen, schluchzt bitterlich. Liegt zeitweise »fast stuporös« mit weiten Augen im Bett, greift aber nach der Hand des Arztes, verlangt nach ihm, wehrt dann jedoch Hilfeleistungen ab und tut das Gegenteil von dem, was sie soll. In ihrem Sträuben stets ein gequältes Gesicht. Läßt sich aus dem Bett fallen, rührt sich stundenlang nicht, schwer gehemmt. Ab Ende März Durchfälle, kleiner Puls, Verfall; dabei zugänglicher, greift hilfesuchend nach der Hand des Arztes, fleht mit leiser Stimme: helfen Sie mir. Kurz vor dem Tode frei, spricht ungehemmt. Kreislaufschwäche, 6. 4. 35 Exitus.

Der Fall zeigt besonders lehrreich 4 Monate lang ausgesprochen »katatone« und »negativistische« Zeichen, aber gleichzeitig, ebenso ausgesprochen, die depressiven Züge mit Anlehnungsbedürfnis und Zugänglichkeit.

Schwierig kann schließlich die diagnostische Einreihung sein, wenn die Erkrankung noch nicht abgeschlossen ist und wenn außerdem noch mehrere exogene Momente (leichter Basedow, Fieber im Wochenbett, Anämie) hinzukommen:

38. Dora Nie., 38 J. Wird als freundlich und nett in ihrem Wesen geschildert. Keine erhebliche Belastung bekannt. Mit 23 Jahren eine »Nervenüberreizung« mit tagelangem Schlafen und künstlicher Ernährung, Genesung. 1 Jahr darauf Heirat. Seit 10—12 Jahren Struma, öfters Atemnot, seitdem erregbar, leicht verzagt.

10. 10. 34 Partus, spontan. Abends schon 38°. Hämoglobin 50%, Leukozyten 6200. 6 Tage lang wechselnde Temperaturen, einmal auch 39°. Am 11. Tage unruhig, ängstlich, fürchtet Gift, Mord, Narkose. Bezieht die Reden anderer auf sich, am Telephon werde über sie gesprochen. 37,6—37,2°, Puls sehr beschleunigt. Ein Jahr später, in der Heilanstalt, hat der Ehemann angegeben, daß seine Frau schon in den letzten 3 Monaten der Schwangerschaft schwermütig gewesen sei und allerlei Befürchtungen hatte, ihr Becken sei zu eng, sie könne nicht gebären.

24. 10. 34 Aufnahme in die Klinik. Hämogl. 60%, r. BlK. 2,98 Millionen, Leuk. 5300, systol. Geräusch, II. Aortenton verstärkt, Gräfe, feinschlägiger Tremor. Hastig, unruhig; Einsicht für die delirante Unruhe während der Zeit in der Frauenklinik, aber dann bringt sie wieder die gleichen Sachen als wahr vor, zusammenhangslos, wortreich, habe in der Frauenklinik Fratzen und helles Licht gesehen. Manchmal Wortfindungsschwierigkeiten, kann sich nicht recht besinnen, was sie heute mit dem Scheiterhaufen habe und dem Eingeben von Gift; sei hier im Untersuchungsgefängnis, eine Frau spreche wie ihre Mutter, verflicht Gehörtes in ihre Reden, ratloses Umherstehen, ängstliches Jammern.

2 Wochen nach Beginn der Unruhe zunehmende Hemmung, starr und unbeweglich im Bett, dabei ängstliches Gebahren. Spricht nicht, wird gefüttert. Bleibt 2 Monate lang gehemmt, muß zu allem genötigt werden, ängstlich-depressiv in ihrem ganzen Wesen. Bekommt auch noch eine Cysto-

pyelitis und eine leichte Thrombose. Nach 2 Monaten (24. 12. 34) »Stupor unverändert«, abgeholt.

Zu Hause angeblich schon nach wenigen Tagen völlig verändert, steht auf, spricht wieder, aber dann allmählich von neuem Selbstvorwürfe, mache dem Mann viel Sorgen, sei nicht mehr wert zu essen, nicht einmal zu sitzen; arbeitet unermüdlich, macht alles ohne Fehler, ist rührend aufmerksam, sehr gut zu dem Kind, geht aber nicht vom Hofe weg unter die Leute, Gewichtsabnahme.

II. Aufnahme in die Nervenklinik 18. 4. 35. Hilflos gequälter Ausdruck, sehr gehemmt, aber anschmiegsam, streichelt den Arm des Arztes, sei das Essen nicht wert, will nicht Platz nehmen, sagt dann leise »danke«. Hilflosbittendes Gesicht, setzt Lippen zum Sprechen an, bringt aber nichts heraus, dauernd leichte motorische Unruhe. Neurol. o. B. Leichte Struma, leichter Exophthalmus, feuchte Hände und Füße, Blutbild normal. In der Folgezeit weiter schweigsam, wenig Schlaf, drückt Hand der Schwester, flüstert: liebe Schwester. Muß mit dem Löffel gefüttert werden, sitzt dauernd aufrecht im Bett, will immer den andern Kranken helfen, ergeben-demütig, »fast stuporös«. Beinahe wortlos, immer das Bild ihres Kindes in den Händen. 17. 7. 35 in die Heilanstalt. Dort dauernd das gleiche Verhalten: gehemmt, ängstlich-ratlos, zaghaft, viel Selbstvorwürfe, widerstrebend. Diagnose Schizophrenie der MDI.? Sept. 1935 schwere blutige Durchfälle. Danach das gleiche Bild.

Nicht nur, ob man aus der Zustandsschilderung sich hier für einen schizophrenen oder depressiven Stupor entscheiden will, kommt in diesem Falle in Frage, sondern auch, welche ursächliche Rolle man den Basedow und das fieberhafte Wochenbett ursächlich spielen läßt. Die erste Frage wird nach dem vorliegenden Krankenblatt eindeutig im Sinne einer Depression zu entscheiden sein; vielleicht wäre aber der Krankheitsbericht unter andern Umständen anders ausgefallen. —

1920 hat *Krisch*[8]) aus der Greifswalder Nervenklinik u. a. einen Fall von »Stupor im Puerperium« mitgeteilt, den er trotz der Akinese als einwandfreie symptomatische Psychose, nicht als Dementia praecox auffaßt:

39. Frieda Litz., geb. 1893, keine Geisteskrankheiten oder Suizide in der Familie; keine Schwankungen, keine Schwermuten; stets gesund, fleißig, unauffällig, 4 gesunde Kinder.

1. 11. 1918 der fünfte Partus (Frühgeburt im VIII. M.). In der ersten Woche hohes Fieber, Phantasieren, Ängstlichkeit, Vergiftungsideen, Schreien, Jammern, Singen, schlechter Schlaf. 2 Wochen nach der Entbindung in die Nervenklinik. Stark gehemmt, große Bewegungsarmut, ratloses Umherstehen, dabei ausgesprochen ängstlich, lebhafter Blick bei sonstiger Hemmung. Fieber, gerötetes Gesicht, übelriechender Fluor, aber Genitalbefund normal. Zustandsbild der nächsten 10—12 Tage: Katalepsie, gesteigerte Lenkbarkeit, stundenlang in unbequemen Haltungen, streckt Zunge nur mühsam heraus, behält sie dann längere Zeit draußen, steht herum, spricht spontan nicht; keine Zeichen von Benommenheit.

---

[8]) *H. Krisch.* Die symptom. Psychosen u. ihre Diff.-Diagnose. Berlin 1920.



13 Tage nach der Aufnahme Nachlassen der Hemmung, gibt zögernd Auskunft, noch desorientiert, glaubt, die Entbindung sei schon Monate her. Wenige Tage später psychisch ganz frei, antwortet prompt und verständig (dabei noch frische Mastitis, welche inzidiert werden muß, aber nur niedere Temperaturen). Weiterhin fleißig, freundlich, still, klagt nur über Mattigkeit. Habe nicht sprechen können, sei aber schon immer still gewesen. Vollkommene Krankheitseinsicht, sei im Kopf krank gewesen, könne aber schon wieder besser denken, sehne sich nach Hause.

19. 12. 1918 abgeholt: vollkommen abgeklungene symptomatische Psychose.

Die Erörterungen von *Krisch* über den Fall gehen lediglich in der Richtung, daß solche katatonen Bilder an sich nicht für Schizophrenie sprechen müssen, sondern, wie vielfach nachgewiesen, auch als Teilerscheinung einer symptomatischen Psychose auftreten können. Dieselbe Kranke ist 1½ Jahre später mit einer kurzen typischen Manie in die Klinik gekommen:

(Fortsetzung.) II. Aufnahme 26. 6.—5. 8. 1920. Nach der Entlassung zu Hause völlig gesund. November 1919 normale (6.) Geburt, stillt noch. Am 20. 6. 20 nach einem Streit Schreien und Umsichschlagen. Seit 21. 6. irres Lachen, Gestikulieren, gewalttätig, kein Schlaf.

Bei der Aufnahme begrüßt sie alle Personen lebhaft, weiß das Bett noch, in dem sie 1918 gelegen hat, kommandiert und redet fortwährend, sei lustig und vergnügt, äußert Eifersuchtsideen, hüpft mit possierlichen Sprüngen, Bewegungs- und Rededrang, Witzeleien, sehr vergnügt, schweift ab, redet andauernd; gut orientiert. In den nächsten Tagen einmal etwas weinerlich und still, dann wieder lustig und vergnügt. Bei der klinischen Vorstellung flott, selbstbewußt, schnippisch, schlagfertig vor den Studierenden.

Nach 4 Wochen klingt die heitere Erregung ab, die Kranke wird ruhig, sehr fleißig, bleibt aber sicher und schlagfertig. Bei Erwähnung ihrer häuslichen Verhältnisse schlägt sie in Weinen um, ist aber rasch wieder hypomanisch. In den letzten Tagen freundlich, zugänglich, heiter, aber auch gelegentlich Schimpfen oder Weinen. Sehr hilfsbereit. Bei der Entlassung nicht mehr auffällig, froher Stimmung.

½ Jahr später teilt der Hausarzt mit, Frau L. sei wegen nervöser Störungen bei ihm in Behandlung (Depression?). 15 Jahre nach der zweiten Erkrankung (Mai 1935) ergibt die Nachfrage beim Hausarzt: er habe sie öfter gesehen, sie sei aber nicht wieder krank oder psychisch auffällig gewesen.

Daß die Wochenbettspsychose dieser Kranken Ende 1918 eine symptomatische war, wird nicht zweifelhaft sein können. Von manischen oder depressiven Zügen ist dem Krankenbericht nichts zu entnehmen. Das Zustandsbild war reichlich »kataton«, aber die Kranke erwies sich nachträglich als manisch-depressiv. 1½ Jahre später bekam sie, noch während des Stillens, ihre erste kurze Manie, der weitere Phasen des MDI bisher nicht gefolgt sind, wenn wir nicht die kurze Mitteilung des Arztes, daß er Frau L. bald nach der ersten Psychose wegen nervöser Störungen behandelt habe, als Hinweis auf einen Depressionszustand auffassen wollen.

Daß auch eine manisch-depressive Frau, wenn sonst die Vorbedingungen gegeben sind, eine symptomatische Psychose bekommen kann, wird uns nicht wundern dürfen; beachtlicher ist bei unserer heutigen Einstellung vielleicht, daß diese symptomatische Psychose bei der Manisch-Depressiven ein ausgesprochen katatones Gepräge hat. —

Ganz verzichten auf eine wissenschaftlich ausreichend begründete Diagnose werden wir schließlich manchmal müssen, wenn uns lediglich alte Krankenblätter zur Verfügung stehen, wie in dem folgenden letzten Falle, bei welchem ohnehin nicht einmal so sehr die Wochenbetterkrankung an sich interessiert, als vielmehr die Bedeutung der voraufgegangenen drei schweren Psychosen, welche nicht Wochenbettspsychosen waren:

40. Gertrud Le., geb. 9. 1. 1886. Hat am 11. 5. 26 zum drittenmal geboren, spontan, glatt, fieberfrei. Am 11. Tage aus der Privat-Frauenklinik entlassen. Am Tage darauf schlechter Schlaf, Beten, Ängstlichkeit, Bewegungsarmut. Der Arzt bescheinigt »apathisch-katatoner Zustand«. Vom 24. 5. bis 7. 6. 1926 in der Nervenklinik. Bei der Aufnahme 38,3⁰ und 120 Pulse, dann zunächst fieberfrei. Motorisch sehr unruhig, sträubt sich, drängt fort, hyperkinetisch, »kataton ohne stärkere Angst«, kniet, betet, sehr unruhig, läuft nackt herum, jammert monoton, legt sich auf den Fußboden, Sondenernährung, wird katheterisiert.

Am 6. Tage 39,0⁰, Rasseln über der Lunge r. u. h., Apathie, antwortet nicht, ist aber ruhig. 4 Tage später: sei eine Dirne, dürfe sich nicht zudecken, ein fauler Wurm; hofft auf Genesung und Rückkehr nach Hause. Nicht mehr widerstrebend, ißt, in der Stimmung unauffällig, nicht grob depressiv, Exsudat über der rechten Lunge, Punktion ergibt fast reines dunkles Blut.

8. 6. 26 Exitus. Obduktion verweigert.

Bei dieser akuten Psychose mit ihrem Beginn am 11. Tage eines normalen Wochenbetts, unter den Erscheinungen schwerer Angst, eines Gemisches von akinetischen mit hyperkinetischen Symptomen und tödlichem Ausgang nach 4 Wochen (akuter Lungenprozeß) wird nachträglich auf Grund der vorhandenen Aufzeichnungen zu einer bestimmten Diagnose kaum Stellung genommen werden können.

Die Erhebungen über die Vorgeschichte bei dieser Kranken haben ergeben:

(Fortsetzung.) 1905, mit 19 Jahren, etwa 4 Monate in einer Privatheilanstalt wegen Angstzuständen. Danach völlig gesund. Der Ehemann lernte sie 2 Jahre später kennen; sie sei immer schwankend in ihrem Wesen gewesen, zeitweise leicht ums Herz und flott, zeitweise traurig und nervös mit der Furcht wieder krank zu werden, aber im allgemeinen sehr rege und interessiert.

Ihre zweite Psychose machte die Kranke 9 Jahre nach der ersten durch (Nervenklinik 13. 10. 1913—18. 3. 1914). Sie war einige Tage vorher schlaflos geworden, zog sich zurück, sprach kaum, behauptete, sie sei schon einmal

getraut gewesen, ein Freund von ihr sei in der ersten Anstalt als Pflegerin gewesen, betete laut, deklamierte Gesangbuchverse, fürchtete festgeschmiedet zu werden. Nach ihrer Genesung gab sie dazu an, sie habe sprechende Vögel gesehen, ein Huhn habe sie so merkwürdig angeschaut und sei dann in das Büro ihres Mannes geflogen. Bei der Aufnahme grazil, ängstlich, gespannt, lebhaftes Grimassieren, ekstatisches Armeausstrecken, Anklammern an den Arzt, Schluchzen, Schreien, plötzliches Lachen, negativistische Züge, keine Antworten; eine andere Kranke sei sie selber in ihrer Jugend, stark gehemmt. — In den folgenden 2 Monaten sehr negativistisch, vollkommen mutazistisch, zeitweise Sondenfütterung nötig, tägliches Katheterisieren, eigentümliches Grimassieren; kaut stundenlang, leerer Gesichtsausdruck, eher hochmütig-verächtlich; zwischendurch immer zeitweise freier. — Von Jan. 1914 an ($2^1/_2$ Monate nach Beginn) mehr Interesse, hilft in der Küche, spielt Klavier, treibt französisch, geordnet, »aber noch nicht frei von Wahnideen«. Bekommt volle Einsicht, ist aber vorübergehend verstimmt, eine innere Stimme habe ihr gesagt, daß sie damals (1905) in dem Sanatorium ein Kind gehabt habe. Jetzt sei sie hypnotisiert worden. Entlassen.

Zu Hause anfangs noch ruhiger als normal, langsamer, lärmempfindlich. Nach einer Woche ganz gesund. Seitdem gleichmäßig in der Stimmung, wie früher. Hat die Kriegszeit in »blendender Form« ausgehalten unter sehr schwierigen Verhältnissen. 1915 die erste, Juni 1920 die zweite Geburt.

Wieder $4^1/_2$ Jahre später (Ende 1918) bemerkte sie selber, daß sie krank wurde. 18. 11. 1918—21. 2. 1919 abermals in der Nervenklinik. Heftiges Sträuben, betet beständig leise, kniet nackt vor dem Bett, negativistisch, mutazistisch, Sondenfütterung, läßt keinen Urin. 10 Tage später vorübergehend: sei nicht Frau L., sie müsse ihren Ring abgeben, dann wieder kataton-stuporös, Sondenfütterung. 6 Wochen nach der Aufnahme freier, wolle arbeiten und ihren Unterhalt hier verdienen, der Geheimrat solle ihr eine der Nähmaschinen auf Abzahlung überlassen. Steht in eigenartigen Stellungen herum. Dann zunehmende Besserung, nimmt Anteil, bittet um Entlassung. Januar 1919 häufig noch verstimmt, will manchmal ihre Milch nicht trinken, weil sonst jemand sterbe. Geht mit ihrem Mann spazieren, »scheint noch zu halluzinieren«. 21. 2. 19 geb. entl.

Danach 6 Jahre vollkommen gesund, ganz normal, lebhaft, eher nach der lustigen Seite ausschlagend, nie traurige Verstimmungen. Alsdann die schwere akute Psychose im Wochenbett, die mit dem Tode endigte (VI. 1926).

Von der ersten Krankheitsphase 1905 (19 J.) ist nur bekannt geworden, daß es sich um Angstzustände gehandelt habe, welche eine 4monatige Anstaltsbehandlung erforderten. Der 5—6monatige Krankheitsabschnitt 1913—14 (27 J.), ist, wenigstens nach den Darstellungen im Krankenblatt, klassisch »kataton« gewesen, der kürzere 1918—19 war gleichfalls beherrscht von katatonen Symptomen. Und doch lassen die Berichte sowohl über die prämorbide Persönlichkeit wie über das Wesen der Kranken zwischen den 4 abgesetzten Krankheitsphasen nicht das geringste von schizoiden Zügen oder schizophrenen Defektsymptomen erkennen; manches im Gegenteil könnte weit eher für eine zyklothyme Persönlichkeit sprechen.

Diagnostische Schwierigkeiten dieser Art sind aber gewiß nicht auf die Wochenbettspsychosen beschränkt. Zu fast jedem mitgeteilten Fall ließen sich Parallelen bei Nicht-Wöchnerinnen anführen. Auch die Literatur darüber ist bereits recht umfangreich. Es soll hier nur ein solcher Fall mitgeteilt werden als Beitrag zur Bewertung und Beurteilung »katatoner« Zustandsbilder. Der Fall ist bereits in die Literatur eingegangen[9]). Über den Kranken ergeben die Krankengeschichten mehrerer sächsischer Heilanstalten sowie der Nervenklinik, in der er zuletzt auch war:

Jo. Fi., geb. 1870. Anfang des Jahres 1898 Klagen über Überanstrengung, große Unruhe, Verstimmtheit, Verschlossenheit, »leichte Verfolgungsideen«; der Vater fand ihn in seiner Wohnung nackend, auf dem Boden, im Gesangbuch lesend, immer dieselben Worte murmelnd. Erst Besserung, dann wieder Verschlimmerung; namentlich morgens fiel ihm die Arbeit schwer. Anfang März 1898 verworrene Reden, Stöhnen, Verfolgungs- und Versündigungsideen, machte stundenlang mit abgemessenen Schritten denselben Weg, wiederholte dieselben Sätze, er müsse das ewige Feuer ausblasen, der Teufel stecke in ihm.

In der ersten Anstalt März 1898 bis 1. 1. 1899: Negativismus, Stereotypien, spricht nicht, schüttelt nur den Kopf, muß zu allem angehalten werden. Dann geängstigt und stuporös; hilflos, gutmütig, befangen. Widerstrebt allem: dem Ausziehen, Baden, Essen usw. Die Ängstlichkeit läßt bald nach, er bleibt aber noch immer fast stumm. (Gedacht wurde damals entweder an eine Katatonie oder an eine periodische Seelenstörung oder an eine akute Demenz.) Weiterhin während der nächsten 3—4 Monate sehr langsam, spricht nie von selbst, stupid-lächelnd, regungslos im Bett, sehr häufig unrein. Völlig mutazistisch. Stupor unverändert, kein Affekt, muß im Garten hin und her geführt werden. Schlaf gut. Alle Bewegungen sehr langsam; noch durchaus im Stupor; Mutazismus, deutlich negativistische Strebungen.

Mitte Okt. 98: taut allmählich auf, spricht hin und wieder; Ende Oktober neigt die Stimmung zu Heiterkeit, der Kranke lacht bei jeder Gelegenheit überlaut, kann sich dann gar nicht beruhigen. November 98: spielt stillvergnügt Skat, spricht aber selten. Während der Weihnachtszeit, bei den Eltern, hat er sich korrekt und geordnet benommen. 1. 1. 99 entlassen. Nach Bericht des Vaters hat im Januar 1899 die Hemmung mehr und mehr nachgelassen, er überrasche durch Gedankenkraft, sei nicht mehr unsauber, frage viel nach seiner Braut, beziehe aber immer noch harmlose Scherze auf sich und fürchte, daß man sich über ihn lustig mache.

Dieser Kranke von 28 Jahren mit einem etwa $^1/_2$jährigen Stuporzustand ganz katatonen Gepräges entstammt einer offensichtlich ausgesprochen zyklothymen Familie: der Vater und ein Bruder werden als Optimisten bezeichnet, die Mutter war deutlichen Stimmungsschwankungen unterworfen, hatte manchmal Selbstmordgedanken, war aber nie in einer Anstalt; eine

[9]) Von *Ilberg* 1907 in einem Bande aus »Natur und Geisteswelt« mitgeteilt, dann aber in späteren Auflagen wieder fortgelassen.



Schwester soll mehrfach depressiv gewesen sein, ein Bruder wird heiter genannt, hatte aber einmal ein Jahr lang eine Depression.

Der Kranke selber hatte schon 1889 als Unterprimaner eine »Herzneurose« und 1892 als Student im Ostseebad »eine leichte seelische Störung« gehabt: er blieb im Bett, wurde mit den einfachsten Arbeiten nicht fertig und war menschenscheu; das schwand erst, als er im folgenden Semester eine andere Universität bezog; danach war er riesig fleißig. Dann 1898 die katatone Phase.

Der Kranke hat danach 1901 sein Staatsexamen gemacht, im gleichen Jahr geheiratet, nach dem Tode der ersten Frau 1908 eine zweite Ehe geschlossen, ist dauernd als Staatsbeamter tätig gewesen und hat sich gelegentlich auch literarisch beschäftigt.

Mit 53 Jahren (1923) meldeten sich organische Herzbeschwerden. 3 Jahre später (Sommer 1926) wurde er unruhig, ängstlich und äußerte Befürchtungen, daß man ihn vergiften wolle.

(Fortsetzung.) 3. 11. 26—12. 5. 27 in der Nervenklinik. Ruhelos, ängstlich, beantwortet Fragen meist nicht, murmelt nur, alles sei verkehrt. Klappender II. Plm. Ton, Blutdruck 146 RR., kein Eiweiß. Keine pathologischen Reflexe. Wa.Re. im Blut negativ. Der Kranke bleibt zunächst ratlos-ängstlich, manchmal spricht er etwas mehr, andere Male ist er völlig mutazistisch. Im Dezember läßt die Ängstlichkeit nach, er freut sich über seine Angehörigen, ist zwischendurch fast heiter und gesprächig. Morgens beinahe stuporös, abends dagegen meist hypomanisch und flott in der Unterhaltung. Dieser Wechsel bleibt in den folgenden Monaten bestehen: zeitweise mehr gehemmt und ablehnend oder höflich-korrekt, stundenweise manisch und nett.

Nach der Entlassung am 12. 5. 27 wurde er 9 Tage später in die Heilanstalt aufgenommen. Zu Hause war er dauernd depressiv gewesen und hatte Befürchtungen geäußert, daß seiner Tochter etwas geschehen könne. In der Anstalt ängstlich, gehemmt, unglücklich, ablehnend, hilflos, dann in den nächsten Tagen »völlig negativistisch«, er lag oft stuporös mit abgehobenem Kopf da, spuckte, ließ unter sich, mußte mit der Sonde ernährt werden.

Obduktion: Stenose und Endocarditis der Aortenklappe mit Thrombus in einer Semilunarklappe. Die basalen Hirnarterien zart, im Hirn nirgends Herde.

Also: zyklothyme Belastung, mit 19 Jahren eine »Herzneurose«, mit 22 Jahren eine leichte Depression, mit 28 Jahren eine schwere Psychose ganz katatonen Gepräges; danach Staatsexamina, zwei Ehen, 28 Jahre Staatsbeamter; mit 56 Jahren eine ½jährige Psychose, welche mit Angstzuständen beginnt und in buntem Wechsel einerseits Zustände von Hemmung, Negativismus, Mutazismus und Stupor, dann aber wieder Zeiten von heiterer Gesprächigkeit bis zum Hypomanischen, und schließlich depressive Phasen erkennen läßt. Tod an altem Herzfehler. — MDI oder Schizophrenie?

*

Gibt es Wochenbettspsychosen und was wissen wir über sie?

Wo im Wochenbett Zustände auftreten, welche nach unserm sonstigen Wissen exogener Art und Natur sind, fehlen anscheinend niemals schwere fieberhaft-infektiöse Prozesse; es sind das Infektionspsychosen im Wochenbett, bei fieberhaften Wochenbettskomplikationen.

Die übrigen verteilen sich nach unserer heutigen psychiatrischen Systematik fast restlos auf die beiden Formenkreise des MDI und der Schizophrenie. Nach dem Material, das mir zur Verfügung gestanden hat, scheint es, als ob während der ersten Wochen des Puerperium Depressionen und Manien häufiger seien als Schizophrenien. Möglich, daß dabei Zufälligkeiten in dem kleinen Material oder örtliche Besonderheiten der Bevölkerung mitspielen, vielleicht auch die persönliche Einstellung zu bestimmten diagnostischen Grundfragen.

Das Hauptproblem bleibt danach die differentialdiagnostische Aufteilung der Fälle unter die beiden großen Formenkreise. Dafür sind aber die Wochenbettspsychosen nur ein Beispiel, die gleiche Frage beherrscht z. Z. das ganze Gebiet der »einfachen Seelenstörungen« überhaupt. Schon 1922 hat u. a. *Joh. Lange*, damals noch Oberarzt bei *Kraepelin*, gesprochen von dem Stillstand und der Stockung der psychiatrischen Forschung, sowie von der Notwendigkeit, neue Wege zu suchen. Neue Wege sind anscheinend seitdem nicht gefunden worden.

Melancholien und Manien vermögen wir in ihrer überwiegenden Mehrheit aus dem Zustandsbilde leicht und sicher zu diagnostizieren, ohne daß wir dabei untereinander allzu häufig in Meinungsverschiedenheiten geraten. Aber zweifellos ist das nur eine große Kerngruppe des MDI, diejenige mit dem klassischen Symptombild und es gibt (auch *Kraepelin* wußte das schon sehr gut) Einzelfälle genug, deren Symptomatologie sich nicht oder nicht völlig deckt mit den klassischen Symptomkomplexen (gedrückte Stimmung und psychische Hemmung bzw. gehobene Stimmung, Gefühl der Erleichterung der seelischen Abläufe und lebhafte Motorik)[10]. Die Spielbreite der Symptome des MDI wird, wenn auch ziffernmäßig nicht in übermäßig vielen Fällen, sehr viel größer für den, der seine Diagnostik orientiert am Gesamthabitus und der Konstitution sowie am Ablauf. Immerhin ist beachtenswert, daß auch wieder in dem von *J. Lange* 1922 veröffentlichten großen Material von Manien kein Fall war, bei welchem nicht die vorhandenen Krankenblätter

---

[10]) Vgl. auch *Schröder*, Mon.schr. f. Ps. u. Neur. Bd. 64 (1918), Arch. f. Ps. Bd. 66 (1922), Die Spielbreite der Sympt. b. MDJ., Berlin 1920, Zschr. f. d. g. Neur. u. Ps. Bd. 105 (1926).

in irgendeinem Verlaufsabschnitt Erscheinungen vermerkt hätten, die als schizophren imponieren konnten. Gerade dieses Entweder-Oder zwischen MDI und Schizophrenie spielt aber heute eine so sehr große Rolle.

Über das, was »kataton« ist und was es diagnostisch bedeutet, gehen unsere Auffassungen recht weit auseinander. Verstanden werden vielfach darunter im Sprachgebrauch der Krankenblätter die verschiedenartigsten Erscheinungen akuten Anstriches, welche hinausgehen über die schizophrenen oder hebephrenen blanden Defektsymptome, *Bleulers* akzessorische Symptome gegenüber seinen Grundsymptomen. Gerade sie aber sind an sich nicht beweisend für Schizophrenie. Symptomatische Psychosen, auch die des Wochenbettes, haben gar nicht selten ein ausgesprochen katatones Gepräge, ohne daß es nötig ist an Schizophrenie zu denken oder die Fäden dahin auf diesem oder jenem Wege zu suchen.

Was uns in der Psychiatrie zunächst unbedingt not tut, ist die sorgfältige Durcharbeitung einer ganzen Reihe von noch zu sehr prima vista gesehenen Komplexen wie Stupor, Halluzinieren u. v. a. m. am Krankenbett, die Nachprüfung, ob das, was darunter an verschiedenen Orten verstanden wird, gleiche Bedeutung hat oder nicht, und damit das Bestreben, auf Grund einer verfeinerten analysierenden Symptomatologie in Diagnose und in Systematik weiter zu kommen, als wir heute und schon seit längerem sind.

Erst eine solche verfeinerte Symptomatologie wird es auch ermöglichen, Stellung zu nehmen zu dem ganz andern Klärungsversuch, der darin besteht, daß man die uns heute atypisch erscheinenden Züge in den Zustandsbildern wie im Verlauf der Erkrankungen des einen Formenkreises in Verbindung zu bringen anstrebt mit einer zwiespältigen Erbanlage, mit einer anlagemäßig bedingten Beimischung aus dem andern Formenkreis. Das ist aber wissenschaftlich unmöglich, solange wir nichts bestimmteres wissen als heute über die normale Spielbreite der Symptomatologie beider Formenkreise, sowie über unsere heute noch als einheitlich gesehenen und aufgefaßten Symptomkomplexe; die aber bedürfen augenscheinlich dringend der Revision.

Wenn es dann außerdem endlich einmal gelingt, loszukommen von dem Zwang der lediglich eindimensionalen Betrachtungsweise des Psychotischen bei den »einfachen Seelenstörungen« durch Erkennungszeichen auf ganz andern diagnostischen Ebenen (analog den neurologischen, biologischen und histopathologischen Befunden bei den hirnatrophischen Prozessen und insbesondere der Paralyse), werden wir möglicherweise manches anders ansehen lernen. Dahin in erster Linie muß ver-

mutlich die Richtung für eine zukünftige Fortentwicklung der wissenschaftlichen Psychiatrie liegen, die uns aus dem »Stillstand und der Stockung« der letzten Jahrzehnte herausführt.

Das sind Fragen und Problemstellungen von großer Bedeutung für die wissenschaftliche Psychiatrie. In praktischer Hinsicht, beispielsweise für die eugenische Arbeit, wird es weniger wesentlich sein, ob man einem Teil der strittigen Fälle lieber die Aufschrift der Schizophrenie oder aber des MDI gibt. In Frage kommt für das hier behandelte Gebiet höchstens, daß eine gewisse Anzahl der an sich nicht übermäßig häufigen Wochenbettspsychosen wegen ihrer ausgesprochen katatonen Färbung zu Unrecht als Schizophrenie angesehen und unnütz sterilisiert wird. Weit wesentlicher wäre es, auf Grund verbesserter und vertiefter Symptomkenntnis insbesondere in dem Gebiet dessen, was wir als »die Schizophrenien« zusammenfassen, enger zusammengehörige Krankheitsformen oder -Gruppen herauszusondern zu suchen, vielleicht mit eigenen Vererbungsverhältnissen und eigenen Erbgefährlichkeitsquoten für Nachkommenschaft und Gesamterbmasse. Die Erbbiologie der Psychosen würde gewiß nicht zuletzt Vorteil davon haben. —

Die Prognose der Wochenbettspsychosen ist zeitweise in der psychiatrischen Literatur als allgemein recht ernst angesehen worden. Unter den 40 hier mitgeteilten Fällen sind von 8 sicher symptomatischen 5 geheilt, 3 sind an ihrem infektiösen Grundleiden gestorben. Von den andern 32 sind zwei gestorben, an Pneumonie und Kollaps, 2 sind bezüglich ihres Ablaufes noch nicht übersehbar, 17 sind abgeklungen und gesund geworden, eine Reihe davon ist allerdings später wiedererkrankt; von den 11 schließlich, welche als schizophren aufgefaßt worden sind, ist wenigstens kein einziger schwer verblödet, alle sind zum mindesten wieder sozial geworden. Sind die Ziffern auch nicht groß, so sprechen sie doch eindringlich dafür, daß die Prognose der Wochenbettspsychosen, ganz allgemein betrachtet und abgesehen von allen differentialdiagnostischen Erörterungen, überwiegend günstig ist. In dem gleichen Sinne hat sich bereits eine Reihe Arbeiten der letzten Jahre ausgesprochen.

Erbpflege im Familienrecht.

Psychiatrische Gesichtspunkte für rassedienstliche Auslegung und Ausgestaltung des Eherechts.

Von

Dr. **Paul Nitsche** (Pirna-Sonnenstein).

(Nach einem Bericht, erstattet in der 1. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in Dresden am 4. 9. 1935.)

Von jeher hat man in der Familie die Grundlage, die »Keimzelle« von Volk und Staat erblickt. Dieser Satz muß in ganz besonderem Maße für eine bewußt völkische Staats- und Volksgemeinschaft gelten.

Erweitert sich für völkisches Denken und Fühlen der Begriff der Familie auf der einen Seite zu dem der Sippe, so engt er sich auf der anderen ein zum eigentlichen völkischen Elementarorganismus, der die Eltern und die noch unter unmittelbarer elterlicher Obhut und Fürsorge befindlichen Kinder umfaßt. Die Grundlage dieser Elementargemeinschaft bildet die Ehe als die einzig erwünschte und daher rechtlich geschützte Form der Vereinigung beider Geschlechter zur Erzeugung und Erziehung der nächsten Generation. Darum muß die Ehe auch im Mittelpunkt des Familienrechtes stehen.

Volk ist nicht nur der Inbegriff aller gleichzeitig lebenden, nach Blut, Rasse und Geschichte zusammengehörigen Menschen; es ist vor allem auch die Blutsgemeinschaft von aus einander hervorgehenden Geschlechterfolgen. Der völkische Staat erkennt seine Grundbedingungen in den ewigen Gesetzen des Lebens. War es bisher das Verhängnis aller großen Staat und Kultur bildenden Völker, daß sie sich von diesen ewigen Gesetzen entfernten, für deren Verleugnung die Natur Lebendes unerbittlich mit Entartung und Tod bestraft, so findet ein bewußt völkisch gerichteter Staat die Mittel, diesem Schicksal zu entgehen mit Hilfe der Erkenntnisse der modernen Wissenschaft vom Leben und der Rassenhygiene. Auf die Bedingungen, unter denen Leben gedeiht und aufsteigt, insbesondere auf die Bedingungen, unter denen ein Volk sich gesund und tüchtig erhält und seine wertvollen rassischen Eigenschaften

bewahrt, auf sie gründet sich zum ersten Male in der Geschichte der Menschheit bewußt der nationalsozialistische Staat.

Ein Staat, dem das Wohl und Gedeihen des Volkes oberste Richtschnur seines Denkens und Handelns ist, muß sein besonderes Augenmerk auf eine völkische Rechtsgestaltung richten. Der Familie den Schutz zu gewähren und diejenigen rechtlichen Grundlagen zu geben, die ihr bei ihrer großen Bedeutung zukommen, wird dabei eine der wichtigsten Aufgaben sein, weshalb im Rahmen der Schaffung eines neuen deutschen Rechts der Gestaltung des Familienrechts ausnehmende Wichtigkeit beigemessen werden wird. Die Grundeinstellung des Staates in den Fragen der Rasse, Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik wird bei dieser Neuschöpfung Leitgedanke sein.

Insofern es sich dabei handelt um Erhaltung und Hebung der Volksgesundheit, um die Fernhaltung der Träger krankhafter Erbanlagen von der Fortpflanzung, um die Förderung einer gedeihlichen Gattenwahl, überhaupt um die Aufartung unseres Volkes auf medizinisch-erbbiologischer Grundlage, insoweit ist es Sache des Arztes und besonders auch des Nervenarztes und Psychiaters, Bausteine herbeizutragen für die Lösung dieser Aufgabe. Denn an Zahl und Bedeutung überwiegen unter den Erbkrankheiten die nervösen und seelischen bei weitem, und so steht die Bekämpfung dieser schwerstwiegenden und verhängnisvollsten Erscheinungsformen der Entartung durchaus mit im Vordergrunde.

Gewiß ist Gesetzgebung und Gesetzesauslegung an sich nicht Sache des Arztes. Aber seine Aufgabe ist eben doch, hier behilflich zu sein bei der Aufstellung neuer Gesichtspunkte, und grundlegende Anregungen aus seiner Erfahrung zu geben.

Das geltende deutsche Recht, somit auch unser heutiges Familienrecht, ist unter der Herrschaft einer ganz anderen Weltanschauung entstanden, als die des völkischen Staates ist. Nur eine vollständige Neugestaltung kann hier einen befriedigenden Wandel schaffen. Sie wird sich naturgemäß nicht in kurzer Zeit ermöglichen lassen. Bis dahin wird man darauf bedacht sein müssen, durch einzelne Zusatzgesetze den dringlichsten Bedürfnissen abzuhelfen, wie das bereits auf dem Gebiete des Strafrechts geschehen ist. Aber auch die Frage erhebt sich, inwieweit man etwa bestehende gesetzliche Bestimmungen im Sinne der Grundanschauungen des neuen Staates heute anders auslegen muß, als das früher geschah. Tatsächlich hat die Rechtsprechung diesen Weg auf dem Gebiete des Eherechts ja bereits beschritten, indem sie z. B. bei Anfechtung der Ehe nach § 1333 BGB. den erbbiologischen Tatsachen gerecht zu werden beginnt.

Wir haben uns demnach zwei Hauptfragen vorzulegen und zu beantworten:

1. Welche Anregungen und Vorschläge sind vom psychiatrisch-erbbiologischen Standpunkte für eine Neugestaltung des Familienrechts zu machen?

2. Inwieweit können die geltenden gesetzlichen Bestimmungen des Familienrechts anders als bisher angewendet werden?

Was die erste dieser beiden Fragen anlangt, so ist es natürlich nicht Sache des Arztes, sich dazu zu äußern, inwieweit zunächst einzelne zusätzliche Gesetzesbestimmungen zu erlassen sind oder die Neuregelung erst im Rahmen völliger Neuschöpfung des Rechtes verwirklicht werden soll.

Immerhin wird der Arzt auch Material zur Beantwortung dieser Frage zu liefern haben, damit der Gesetzgeber beurteilen kann, inwieweit unsere heutigen Kenntnisse überhaupt eine Neuregelung zur Zeit schon möglich oder rätlich erscheinen lassen.

Ehe wir uns nun der psychiatrischen Behandlung dieser Fragen zuwenden, müssen wir zuerst noch einige allgemeine Betrachtungen vorausschicken. Denn auch vom rein ärztlichen Standpunkte kann man über diese Dinge nicht reden, ohne von den grundlegenden weltanschaulichen Fragen auszugehen.

Nach Wichtigkeit und Umfang überwiegt im Gebiete des Familienrechtes, wie gesagt, das Problem der Ehe. Es wurde vorhin schon auf die Bedeutung der Familie als Keimzelle von Volk und Staat und weiter darauf hingewiesen, daß die Grundlage der Familie wieder in der Ehe zu erblicken ist.

Das geltende Eherecht stellt die Interessen des Individuums, die persönlichen Interessen der Gatten vollständig in den Vordergrund; ja man kann wohl sagen, es berücksichtigt diese persönlichen Interessen ganz einseitig. Zudem baut es die wichtige Regelung der Ehelösung auf den Gesichtspunkt des Verschuldens auf.

Ein völkisches Familien- und Eherecht muß aber das Wohl der Gemeinschaft, des Volkes in den Mittelpunkt stellen. Daher wird es neben den Gesichtspunkten des gegenseitigen Verhältnisses, der Lebensgemeinschaft beider Gatten den der Erzeugung gesunder Kinder und ihrer Erziehung zu tüchtigen, wertvollen Menschen stellen, die ihrerseits wieder die Gewähr bieten, nach Gesundheitszustand, erblicher Veranlagung und Leistung Bürgen für Gedeihen, Gesunderhaltung und Aufstieg des Volkes zu werden.

So wird der Ehe eine zentrale Stellung in einem kommenden Familienrecht zugewiesen werden. *Heinrich Lange* z. B. sagt in seiner Arbeit »Liberalismus, Nationalsozialismus und Bürgerliches Recht«, nachdem er die Auffassung des Liberalismus gekennzeichnet hat: »Der Gemeinschaftsgedanke erblickt dem gegenüber in der Ehe eine Einheit, die sich selbst und der Allgemeinheit dient und um ihres Eigen- und Gemeinwohles willen mehr ist als die Summe

von Individuen, die sie bilden«. Und weiter: »Diese Wirkung ihrer sittlichen Einheit kann die Ehe nur als dauernde und grundsätzlich unlösbar gedachte Verbindung entfalten. Erst diese Bedingung schafft das Zusammengehörigkeitsbewußtsein, bidet die sittliche Grundlage der Fortsetzung der Familie und scheidet die Ehe von der ungebundenen eigennützigen Geschlechtsgemeinschaft. Der Gemeinschaftsgedanke steht daher der Scheidungserleichterung entgegen. Er zwingt die Beteiligten zum Festhalten an dieser höheren Einheit, stärker bei kindergesegneter, schwächer bei kinderloser Ehe. Eine Unlösbarkeit widerstreitet jedoch gleichfalls dem Gemeinschaftsgedanken, weil sie nach Zerfall der Einheit die Kraft der beiden Individuen im gegenseitigen Alltagskampfe verzehrt und damit der Allgemeinheit entzieht.«

Ähnlich sprechen sich andere nationalsozialistische Schriftsteller aus.

Die Bestimmung der Ehe im nationalsozialistischen Staat möchte ich kurz in drei knappen Sätzen zusammenfassen. Sie dient

1. der Erzeugung gesunder, besonders erbgesunder Kinder;
2. der Pflege und Erziehung der Kinder zu tüchtigen, wertvollen Menschen;
3. der Lebenskameradschaft und gegenseitigen Förderung der Gatten.

Die beiden ersten dieser drei Zweckbestimmungen sind, wie ohne weiteres klar zutage liegt, auf überindividuelle, gemeinschaftsdienstliche Ziele gerichtet, vom Standpunkte der Ehegatten aus gesehen. Aber auch der Gesichtspunkt der persönlichen Lebensgemeinschaft der Gatten weist bei näherer Betrachtung über deren rein persönliche Interessensphäre hinaus. Denn nur dann vermögen die Eltern ihre Erzieherpflicht richtig zu erfüllen, nur dann sind sie imstande, Seele, Geist und Charakter ihrer Kinder zu bilden und zu entwickeln, wenn sie in dem dem Wesen der ehelichen Gemeinschaft entsprechenden gegenseitigen Verhältnis zu einander stehen. Nur wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, kann im Elternhause die ethisch-erzieherische Atmosphäre herrschen, ohne die alle die zahllosen alltäglichen Einzelakte erzieherischer Einwirkung ihre rechte Wirkung verfehlen müssen. Wir werden sehen, daß diese Erkenntnis für unsere ärztlichen Vorschläge von Bedeutung ist. Jedenfalls sei besonders hingewiesen auf die enge Verflechtung überindividueller und berechtigter persönlicher Interessen, welche für dieses ganze Problem kennzeichnend ist.

Wenn man von solchen weltanschaulichen Erwägungen ausgehend das geltende Eherecht betrachtet, so sieht man ohne weiteres, daß es weit davon entfernt ist, auch nur andeutungsweise diesen Gesichtspunkten zu genügen. Es dient, wie schon gesagt wurde, lediglich individuellen Interessen der Gatten. Einen verhältnis-

mäßig breiten Raum nehmen besitz- und vermögensrechtliche Fragen ein. Die Rücksicht auf die Kinder steht ganz hintan, das Interesse des Volksganzen spielt keine Rolle. Biologische Ziele fehlen vollständig. In dem einzigen Falle, in dem Krankheit, nämlich Geisteskrankheit ausdrücklich die Grundlage eherechtlicher Regelung bildet, ist einseitig Rücksicht auf den unheilbar kranken Partner genommen. Vorbeugende Maßnahmen kennt das geltende Eherecht so gut wie gar nicht.

Und doch wird man gerade auf vorbeugende Maßnahmen bei der Schaffung eines völkischen Eherechtes das allergrößte Gewicht legen müssen. Einmal gilt hier wie überall, ja hier in ganz besonderem Maße, daß Unheil zu verhüten besser ist als im Unglück zu helfen. Es soll ja die Erzeugung erbkranker unglücklicher Menschen mit allen Kräften verhindert werden, es soll möglichst alles das Leid vermieden werden, das die Auflösung einer bereits geschlossenen und besonders einer mit Kindern gesegneten Ehe über die Beteiligten, namentlich über die Kinder bringt. Aber auch schon in Anbetracht seiner grundsätzlichen Forderung, die Ehelösung möglichst zu erschweren, wird der Staat der Verhütung unerwünschter Eheschließungen sein besonderes Augenmerk zuwenden. Der Psychiater hat allerdings da auf die Tatsache hinzuweisen, daß gerade die häufigsten und folgenschwersten Erbpsychosen in sehr vielen Fällen in einem Lebensalter in Erscheinung treten, in dem die Eheschließung vielfach schon erfolgt ist. Dabei ist besonders noch zu bedenken, daß es das Bestreben des völkischen Staates ist, die Frühehe möglichst zu fördern. Je mehr diese Absicht im Laufe der Zeit nach Überwindung der hier augenblicklich noch bestehenden Schwierigkeiten verwirklicht werden kann, um so größer wird natürlich die Zahl jener Fälle sein, in denen eine Erbpsychose erst nach der Heirat und nach der Erzeugung von Kindern erkennbar wird.

Solange wir nicht die Möglichkeit haben, zur Erkrankung an erblicher Geisteskrankheit Bestimmte schon vor deren Ausbruch sicher zu erkennen, werden wir demnach verhältnismäßig häufig mit der Notwendigkeit einer Auflösung der Ehe in solchen Fällen rechnen müssen.

Das gilt also für die eigentlichen Erbpsychosen aus der Gruppe der Schizophrenie und aus der Gruppe des manisch-depressiven Irreseins im Sinne des Sterilisierungsgesetzes. Es gilt aber glücklicherweise nicht für das große Heer der sowohl zahlenmäßig als nach ihrer großen Fortpflanzungsgefährlichkeit besonders ins Gewicht fallenden manifest kranken Erbträger aus dem Gebiet des angeborenen Schwachsinns. Hier können wir schon heute und werden wir mit fortschreitender Erfassung, namentlich frühzeitiger Erfassung dieser Fälle immer erfolgreicher Heiratsverhütung treiben. Wir werden um so schneller in dieser Beziehung vorwärtskommen,

je rascher und energischer wir eine lückenlose Erfassung dieser Individuen schon im kindlichen und jugendlichen Lebensalter erreichen. Man darf wohl annehmen, daß die Organisation dieses auch für die Durchführung des Sterilisierungsgesetzes ganz besonders vordringlichen Erfassungsdienstes allenthalben in Deuschland im Werke ist.

Auch was die epileptischen Erbkrankheiten anlangt, werden wir schon jetzt verhältnismäßig oft, jedenfalls viel häufiger als bei den Erbpsychosen, in der Lage sein, zur Eheschließung Ungeeignete im rechten Zeitpunkte zu erkennen und an der Heirat zu verhindern.

Daß neben der Verhütung unerwünschter Heiraten im Rahmen eines völkischen Familienrechts die Förderung von Eheschließungen zwischen Hochwertigen naturgemäß eine ganz entscheidende Rolle spielen wird, sei nebenbei bemerkt.

Die Mittel zur Verhütung ungeeigneter Ehen, also der nächst der Eheförderung wichtigsten Aufgabe einer rassedienstlichen Ehepolitik, sind Eheberatung, Einführung des Ehetauglichkeitszeugnisses, sowie gesetzliches Eheverbot.

Es ist von der größten Bedeutung und als wichtiger Schritt vorwärts anzusehen, daß das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 die Grundlage für die Errichtung von Abteilungen für Erb- und Rassenpflege allenthalben geschaffen hat. *Gütt* hat in seiner kürzlich veröffentlichten Schrift »Bevölkerungs- und Rassenpolitik«[1]) in diesem Zusammenhang besonders betont, daß eins der wichtigsten Mittel der Erb- und Rassenpflege die Durchführung der Eheberatung ist. Natürlich muß sie, wie er hervorhebt, im neuen Staate ganz andere Wege gehen, als die Eheberatungsstellen, die nach dem Kriege eingerichtet wurden, in der Regel einhielten.

Ihr Ziel wird nach *Gütt* sein, an der Fernhaltung gesundheitlich und besonders erbbiologisch Ungeeigneter von Heirat und Fortpflanzung mitzuarbeiten, beratend die Gattenwahl zu beeinflussen, auf Zeit für die Eheschließung Ungeeignete zurückzuhalten, belehrend auf die Bevölkerung einzuwirken.

Freilich ist ein Einwand, den man schon oft gegen alle Eheberatung erhoben hat, auch heute noch keineswegs wirksam zu entkräften: sie komme zu spät; sie gelange gerade an die Volkselemente nicht heran, auf die es besonders ankomme; sie sei u. U. geeignet, gerade in Verantwortungsbewußten eine unerwünschte erbhypochondrische Einstellung zu erwecken und sie irre zu machen. *Weygandt* hat soeben wieder auf diese Bedenken hingewiesen und mit großem Recht betont, die wesentliche Voraussetzung einer zweckmäßigen und gründlichen Überwachung der Eheschließungen sei,

[1]) Industrieverlag Spaeth und Linde, Berlin W 35, 1935.



daß ausgiebigste Erhebungen über die erblichen Verhältnisse ermöglicht würden; durchgreifende Feststellungen würden erst möglich sein, wenn für jeden Volksgenossen ein Gesundheitspaß geführt würde, in welchem nicht nur seine eigene Entwicklung und überstandene Krankheiten, sondern auch die Erblichkeitsverhältnisse in der Familie verzeichnet seien.

Dann wird gesetzliche Überwachung der Eheschließung auf erbbiologischer Grundlage, also die an erbbiologische Bedingungen geknüpfte Eheerlaubnis und gegebenenfalls das Eheverbot wirksam durchgeführt werden können.

Man muß sich dieser Auffassung anschließen, wird aber doch auf der Forderung beharren müssen, daß Eheberatung ungeachtet solcher Einsicht in die mit ihr noch verknüpften Schwierigkeiten und in die Grenzen, die ihrer erfolgreichen Wirksamkeit vorerst gezogen sind, heute energisch betrieben werden soll, zumal ihr eben auch ein erheblicher aufklärender und erzieherischer Wert beizumessen ist. Belehrung über die erbbiologischen, rassehygienischen und rassekundlichen Tatsachen, Gewöhnung der Bevölkerung an alle damit verbundenen Gedankengänge ist ja äußerst notwendig.

Immerhin darf man eine heute schon recht ernstlich in Betracht kommende Wirkungsmöglichkeit der Eheberatung nicht außer acht lassen und unterschätzen, nämlich die positiv rassenhygienische Maßnahme der Gattenwahl nach eugenisch-rassischen Gesichtspunkten seitens einsichtiger, zukunftswilliger Personen. Besonders gesundheitlich, erbbiologisch und rassisch wertvolle, geistig und charakterlich hochstehende Familien, die sich aus freiem Entschluß das Ziel gesetzt haben, »Züchtung« zu treiben, werden auf diesem Wege wirksame Förderung erfahren können. Freilich muß gerade in solchen Fällen eine nach hohen Gesichtspunkten ausgeübte Heiratsvermittlung hinzutreten. Hier öffnet sich z. B. der Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene ein wichtiges Betätigungsfeld. Jedenfalls aber handelt es sich bei diesen Dingen um ein privates Ratsuchen und Beraten in der Stille, für das gesetzliche Formulierungen noch in keiner Weise in Frage kommen.

Eine gesetzliche Verankerung der Eheberatung ist aber, wie wir sahen, bereits in § 3 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens erfolgt. Dort wird die Durchführung der Erb- und Rassenpflege einschließlich der Eheberatung unter den Aufgaben des Gesundheitsamtes angeführt. Damit ist die Eheberatung zur staatlichen Einrichtung erhoben, und der Staat muß und wird nun für ihren zweckmäßigen Ausbau und ihre richtige Ausführung sorgen; wobei es besonders auf den Einsatz von nach Persönlichkeit, Wissen und Erfahrung den Anforderungen entsprechenden Ärzten ankommen wird, wie dies *Gütt* in der erwähnten Schrift dargelegt hat. Er hat dabei auch betont, daß sich die Tätig-

keit der Eheberatungsstelle nicht beschränken dürfe auf die Beratung der Heiratswilligen, sondern daß sie auch den Eheleuten beratend zur Seite stehen müßten, besonders dann, wenn schon ein erbkrankes Kind geboren worden sei. Bei der großen Rolle, die die erblichen psychischen Anomalien und Krankheiten spielen, fällt dem Psychiater, dem psychiatrisch geschulten Arzt naturgemäß ein großer und wichtiger Anteil an der Eheberatung zu. Seine Tätigkeit wird sich dabei nicht nur auf die generative Prophylaxe im Sinne der Fernhaltung der Träger krankhafter Erbanlagen von Eheschließung und Fortpflanzung beschränken, sie wird sich auch zu erstrecken haben auf die Feststellung von krankhaften seelischen Eigenschaften, welche einen Heiratslustigen, einen Ehegatten zur Ausübung des elterlichen Erzieherberufs oder zur Erfüllung der den Ehegatten obliegenden gegenseitigen Pflichten unfähig machen, auch wenn dieser Unfähigkeit eine psychische Erbkrankheit im engeren Sinne nicht zugrunde liegt. Von Erörterung der vielen anderen Betätigungsmöglichkeiten des Eheberaters, die nicht in den Rahmen meines Themas gehören, muß ich absehen. Aber auch auf alle die psychiatrischen Gesichtspunkte und Regeln einzugehen, nach denen bei der Eheberatung zu verfahren ist, würde den Rahmen dieses Berichts überschreiten, bei dem es ja nur auf greifbare psychiatrische Vorschläge für gesetzliche Maßnahmen ankommt.

Um die tatsächliche Wirksamkeit der Eheberatung zu erhöhen, kann der Staat aber meiner Überzeugung nach nicht länger zögern, die gesetzlich zulässige Eheschließung von der Beibringung von Ehetauglichkeitszeugnissen abhängig zu machen, wie das auch *Gütt* verlangt. Ihr Zweck und der der vorausgehenden Untersuchungen soll nach *Gütt* sein:

1. Körperlich und seelisch Ungeeignete von der Ehe und möglichst Zeugung fernzuhalten und dadurch unerwünschten Nachwuchs über den Rahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses hinaus zu verhindern,

2. die Eheschließung von Erbgesunden und Erbkranken unmöglich zu machen, die von Sterilisierten untereinander aber zuzulassen oder zu begünstigen,

3. das Verantwortungsbewußtsein der kommenden Generation gegenüber allgemein zu wecken und so auf die Gattenwahl erzieherisch einzuwirken.

Wir sehen ohne weiteres, daß mit der gesetzlichen Einführung von Ehetauglichkeitszeugnissen gesetzliche Eheerlaubnis und staatliches Eheverbot unter bestimmten Voraussetzungen verknüpft sein muß. Der Gesetzgeber wird also, wenn er sich diese Forderung zu eigen macht, zu prüfen haben, auf welchen Kreis von Personen er diese Bestimmung erstrecken will. Und da wird er den Arzt befragen.

Wenn sicher Eheverbote heute nach dem Stande unseres erbbiologischen Wissens, aber auch nach unseren mangelhaften Kenntnissen von den Gesundheitsverhältnissen der Einzelnen sowie der Familien und Sippen nur in einem verhältnismäßig recht beschränkten Maße zu verwirklichen sind, so wird die gesetzliche Einführung von Ehetauglichkeitszeugnissen doch auch weit über die heute schon mögliche zwangsmäßige Eheverhinderung hinaus rassenhygienischen Wert haben. Denn bei der kommenden gesetzlichen Regelung wird sicher dafür gesorgt werden, daß unerwünschte Ehen wenigstens keine staatliche Förderung erfahren. Man wird das auch bezüglich der Familienlasten, der Stellenbesetzung usw. berücksichtigen. Insofern also würde in allen den Fällen, in denen auf gesundheitliche Mindereignung für die Ehe lautende ärztliche Zeugnisse noch kein staatliches Eheverbot begründen könnten, doch staatlicherseits von der Eheschließung abgeraten und bei trotzdem erfolgter Heirat staatliche Förderung versagt werden. Dadurch würden sich sicherlich manche Heiratswillige doch von der Eheschließung oder wenigstens von der Erzeugung vieler Kinder abhalten lassen.

Richtschnur für unsere psychiatrischen Ratschläge muß heute zunächst das Sterilisierungsgesetz sein.

Alle Personen, die als krankhafte Erbträger in dessen unmittelbaren Kreis gehören, müssen möglichst an der Fortpflanzung, aber auch an der Verheiratung mit gesunden Erbträgern verhindert werden. Denn es widerstreitet dem Wohl des Volkes, wenn ein gesunder, namentlich ein erbbiologisch hochwertiger Mensch, der also aus einer Sippe mit Anlagen zu besonders wertvollen Eigenschaften stammt, mit einem zur Fortpflanzung nicht berechtigten Partner eine Ehe eingeht, so daß er von der Weitergabe seiner hochwertigen Anlagen im Erbstrom ausgeschaltet wird.

Dieser Fall, daß ein Gesunder versucht ist, einen erbkranken Gatten zu wählen, wird nicht so selten möglich sein gegenüber leicht Schwachsinnigen, genuin Epileptischen mit geringfügigen Krankheitserscheinungen, aber auch gegenüber Schizophrenen, so lange die Symptome wenig hervortreten oder wenn gute Remissionen vorliegen. Besonders kommen aber hier an manisch-depressiven Psychosen Leidende in Betracht.

Man braucht sich nur eine im freien Intervall hochstehende, mit körperlichen und seelischen Vorzügen ausgestattete manisch-depressive Person vorzustellen, die oft genug in krankheitsfreien Zeiten einem gesunden Partner als Gatte oder Gattin begehrenswert erscheinen wird, zumal wenn er sich nach Lage des Falles Hoffnung auf seltenes Auftreten von Krankheitsphasen machen könnte. Unter dem Gesichtspunkt der uns allen noch mehr oder weniger im Blute liegenden bisherigen Anschauungs- und Wertungsweise könnte mancher angesichts solcher Fälle zu fragen geneigt sein,

ob man dem Gesunden in einem solchen Falle die Möglichkeit, dem Zuge seines Herzens unter Verzicht auf Nachkommenschaft und bewußter Übernahme des Risikos der Wiedererkrankung zu folgen, durch ein staatliches Verbot abschneiden soll. Und doch muß diese Frage vom rassenhygienisch-völkischen Gesichtspunkt aus bejaht werden.

Daher müssen wir dem Gesetzgeber empfehlen, solche Heiraten Gesunder mit Erbkranken, bei denen die Krankheit bisher einmal in die Erscheinung getreten ist, auch wenn sie sterilisiert sind, nicht zuzulassen oder nach Befinden wenigstens zu erschweren.

Als allgemeinste Grundsätze sind folgende Forderungen aufzustellen.

1. Gesunde und gar hochwertige Erbträger sollen sich nur mit gesunden Erbträgern fortpflanzen.
2. Sie sollen nicht durch eheliche Bindung an einen zeugungsunberechtigten, einen sterilisierten Partner aus dem Erbstrom ausgeschaltet werden.
3. Sie sollen sich auch nicht zur Zeugung vereinigen mit erbbiologisch Bedenklichen.
4. Der Gedanke einer »Auffrischung« erbbiologisch gefährlicher und bedenklicher Familien durch Einheirat Erbgesunder ist grundsätzlich zu verwerfen. Nur unter besonderen Bedingungen, wie sie namentlich im manisch-depressiven Erbkreis gegeben sein können, kann er einmal in Frage kommen.
5. Dagegen ist die Heirat zwischen unfruchtbar gemachten Erbkranken, soweit deren gesundheitlicher und seelisch-nervöser Zustand eine Ehe ethisch und wirtschaftlich überhaupt möglich und rätlich erscheinen läßt, zu erlauben, ja zu befördern.
6. Sterilisierte Erbkranke können sich, unter der gleichen Voraussetzung, verheiraten mit erbbiologisch nicht einwandfreien, aber noch nicht unter das Sterilisierungsgesetz fallenden Individuen. Auch eine solche Verbindung ist in sonst geeigneten Fällen sogar zu befürworten.

Das wären also die allgemeinsten Gesichtspunkte. Für deren Anwendung in der Praxis ergeben sich allerdings, bedingt durch den Stand unserer heutigen Kenntnisse und diagnostischen Möglichkeiten einerseits, durch die heute noch bestehende große Unvollkommenheit und Lückenhaftigkeit unserer Kenntnisse von den Erb- und Gesundheitsverhältnissen in den einzelnen Familien und Sippen auf der anderen Seite, Zweifel und Schwierigkeiten. Ich kann sie nicht alle im einzelnen anführen, da das den mir gesteckten Rahmen weit überschreiten würde. Ich brauche es aber in diesem Kreise auch gar nicht zu tun. Es handelt sich jedenfalls, kurz gesagt, zum großen Teil um Unvollkommenheiten und Schwierigkeiten,

in Anbetracht deren der Gesetzgeber das Sterilisierungsgesetz zunächst beschränkt hat auf die persönlich manifest Erbkranken.

Weygandt hat sich bereits vor drei Jahrzehnten mit diesen Fragen beschäftigt und ihre Erörterung in einem vor wenigen Wochen veröffentlichten Aufsatz fortgesetzt [1]). Er teilt die Ehekandidaten in drei Gruppen ein. Die Gruppe A umfaßt als hinsichtlich Eheschließung und Fortpflanzung einwandfrei alle Gesunden, »doch auch solche, bei denen eine ganz leichte, in erblicher Hinsicht unbedenkliche Alteration vorliegt«.

Gruppe C bilden dagegen die ausgesprochen psychisch Kranken und schwer Bedrohten. Hierzu zählt *Weygandt* die an Erbpsychosen und angeborenem Schwachsinn Leidenden, die der Sterilisierung unterliegen, aber auch schwere, nicht ohne weiteres unter dieses Gesetz fallende Fälle von erblichen Nervenkrankheiten, vor allem auch ausgesprochen schizoide, zyklische und epileptoide Psychopathen sowie Rauschgiftsüchtige.

Der mittleren Gruppe B weist er, wie er sich ausdrückt, »leichter Gefährdete« zu, besonders Hysterische und Psychopathen mittleren Grades, endokrin Erkrankte mit Nervensymptomen; ferner die durch erbliche Nerven- und Geisteskrankheiten Belasteten, doch phänotypisch Gesunden.

Eheschließungen zwischen A und A (Gesunden) sind zu fördern, solche zwischen C und C, also Erbkranken, zu verbieten,; zu verbieten aber sind auch Heiraten zwischen A und C, B und C, B und B. Eheschließungen zwischen A und B sollen besonders behandelt werden. Bei leichter Süchtigkeit oder einem anderen besserungsfähigen Zustand sei Aufschub der Heirat unter Bewährungsfrist nötig. Im übrigen sei je nach der Intensität des zur Gruppe B gehörigen Falles und »je nach der Gesamtlage der Eheschließung« zu warnen oder zu besonders rationeller Lebensführung zu ermahnen, unter Umständen auch Kontrolle und Einwirkung auf Verminderung der Fortpflanzung zu erstreben.

Diese Gruppierung *Weygandt*s dient sicherlich in mancher Hinsicht zur Klarstellung der Verhältnisse. Sie schafft jedenfalls Klarheit bezüglich der Fälle, die von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden sollen, und berücksichtigt auch die wichtige Frage, welche Forderungen hinsichtlich der Heirat zwischen den Angehörigen der drei Gruppen zu erheben sind. Doch wird man gegen manche der einzelnen Ausführungen Bedenken erheben müssen, z. B. wenn gesagt wird, daß schwere ausgeprägte Fälle der meisten Erbkrankheiten unter das Eheverbot, leichtere jedoch in die Gruppe B fallen müßten. Mit großer Deutlichkeit wird aber von *Weygandt* z. B. die Gefahr betont, die das Zusammentreffen zweier Erzeuger mit sich

[1]) »Erbbiologische Ehegesetze vom psychiatrisch-neurologischen Standpunkt«. Medizinische Welt 1935, Nr. 28/29.

bringt, in deren beiderseitigen Familien ein oder der andere Fall von Schizophrenie vorgekommen ist.

Ich möchte bezüglich der Frage der Verheiratung und Fortpflanzung psychisch kranker oder abnormer Menschen als Grundlage für eine gesetzliche Neuregelung des Eherechts folgende Leitsätze aufstellen. Darin sind diejenigen Typen gekennzeichnet, deren Fortpflanzung nach unserem heutigen Wissen erbbiologisch unerwünscht ist. Das braucht aber noch nicht zu bedeuten, daß ihnen unter allen Umständen auch die Heirat unmöglich zu machen ist. Zu entscheiden bleibt, inwieweit und in welcher Form man die formulierten Gesichtspunkte für die gesetzliche Regelung berücksichtigen soll.

Unerwünscht ist die Fortpflanzung

1. von psychisch Erbkranken;
2. von Abkömmlingen von psychisch Erbkranken im Sinne des Sterilisierungsgesetzes;
3. von Geschwistern solcher Erbkranken, wenn diese Geschwister zwar selbst keine Erscheinungen einer Erbkrankheit zeigen, aber doch in deutlichem Grade psychopathisch sind, und dieses Merkmal nach deutlicher Gradausprägung und klinischer Eigenart die betreffenden Personen mit Wahrscheinlichkeit als Träger krankhafter Erbanlagen erscheinen läßt;
4. von Neffen und Nichten solcher Erbkranken, wenn diese Neffen und Nichten zwar selbst keine Erscheinungen einer Erbkrankheit zeigen, aber doch deutlich psychopathisch sind und dieses Merkmal nach deutlicher Gradausprägung und klinischer Eigenart die betreffenden Personen mit Wahrscheinlichkeit als Träger krankhafter Erbanlagen erscheinen läßt;
5. von persönlich gesunden und nicht selbst deutlich psychopathischen Geschwistern, Neffen und Nichten Erbkranker, wenn der in Aussicht genommene Ehepartner in deutlichem Grade psychopathisch ist und dieses Merkmal nach deutlicher Gradausprägung und klinischer Eigenart mit Wahrscheinlichkeit erwarten läßt, daß die Nachkommen aus der Ehe an schweren Erbschäden leiden würden;
6. von zwei Ehekandidaten, in deren Blutsverwandtschaft eine und dieselbe Erbkrankheit, insbesondere Schizophrenie vorgekommen ist, mögen beide Ehewillige selbst gesund oder psychopathisch sein;
7. von persönlich gesunden eineiigen Zwillingspartnern, wenn der andere Zwilling erbkrank ist;
8. von wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung Entmündigten;
9. von Personen mit nichterblichen deutlichen psychisch-

nervösen Anomalien, die die Erfüllung der Erzieher- und Elternpflichten auf die Dauer in nennenswertem Grade beeinträchtigen — mögen diese abnormen seelischen Eigenschaften auf eigentlicher Geisteskrankheit beruhen oder auf ausgesprochener Psychopathie. Bedingen solche psychische Abweichungen eine bedenkliche dauernde Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Erfüllung der gegenseitigen Gattenpflichten, so ist auch eine kinderlose Ehe mit solchen Personen unerwünscht.

Diese Leitsätze sollen zunächst, sozusagen theoretisch, Richtlinien geben. Inwieweit man die darin umschriebenen Tatbestände bei der praktischen gesetzlichen Regelung schon berücksichtigen soll, ist, wie gesagt, eine weitere Frage, für die natürlich letzten Endes der Gesetzgeber zuständig ist, für die ihm der Arzt aber auch Anhaltspunkte geben muß.

Dem ersten Leitsatz, daß die Fortpflanzung Erbkranker zu unterbleiben hat, ist bez. der heute in Betracht kommenden psychischen Leiden durch das Sterilisierungsgesetz Genüge geschehen. Unter gewissen, noch zu erörternden Voraussetzungen kann Sterilisierten aber die Heirat erlaubt werden.

Zur zweiten Gruppe Kinder ist zu bemerken, daß der Gesetzgeber nach seinem im Sterilisierungsgesetz zum Ausdruck kommenden Willen Kinder von persönlich Erbkranken überhaupt nicht wünscht. Daraus kann man aber wohl noch nicht ohne weiteres die Forderung ableiten, allen heute lebenden Kindern Erbkranker die Fortpflanzung zu verbieten. Zwar muß die Nachkommenschaft solcher Menschen im ganzen erwartungsmäßig als schwer gefährdet gelten, denn es läßt von vornherein sich gar nicht vorausberechnen, wie weit sich bei dem einzelnen Individuum der nachfolgenden Generationen die Krankheitsgefährdung auswirken wird.

Bezüglich der lebenden Kinder aber muß man doch Rücksicht darauf nehmen, daß man ihre tatsächliche Beschaffenheit bis zu einem gewissen Grade beurteilen kann. Sind sie phänotypisch frei von dem in Frage kommenden Leiden und zeigen sie auch keine verdächtigen psychopathischen Wesenszüge, so besteht die Möglichkeit, daß sie auch genotypisch unbedenklich sind. Bei dieser Sachlage wird man demnach der Fortpflanzung, also auch Verheiratung solcher Kinder keine Hindernisse in den Weg legen. Wohl aber ist ein Eheverbot zu befürworten, wenn beide Eltern im Sinne des Sterilisierungsgesetzes erbkrank sind. In diesem Falle ist die Erbgefahr so groß, daß ein Eheverbot heute schon unbedingt berechtigt ist, gleichgültig ob an dem betreffenden Kind seelisch-nervöse Anomalien erkennbar sind oder nicht. Zudem muß ja im Lebensalter der Eheschließung auch im letzteren Fall immer noch mit späterer Erkrankung des Betreffenden gerechnet werden. Jedenfalls ist aber,

wenn Vater oder Mutter an rezessiver Erbkrankheit leiden, den Kranken von der Fortpflanzung abzuraten, sofern sie nichtbedenkliche psychopathische Eigenschaften haben. In diesem Falle wäre Eheverbot gerechtfertigt, ebenso wie gegenüber phänotypisch stark gefährdet erscheinenden Kindern der von dominanten Leiden Befallenen.

Wohl aber könnte diesen Kindern die Ehe mit Sterilisierten in geeigneten Fällen — ich komme noch darauf zurück — erlaubt werden, aber auch mit anderen, nicht unter das Sterilisierungsgesetz fallenden, zur Fortpflanzung ungeeigneten Personen unter der Bedingung der freiwilligen Sterilisierung in der Regel wohl des männlichen Partners, falls der Gesetzgeber gewillt sein sollte, diese Möglichkeit schon zuzulassen.

Wie soll man es nun aber bezüglich der Eheerlaubnis für die Enkel Erbkranker halten? Hier wird man immer von Fall zu Fall besonders prüfen müssen. Ist eines von den Eltern oder sind gar beide Eltern dieser Enkel auch erbkrank oder in bedenklicher Weise psychopathisch, so ist die Eheerlaubnis nach dem Vorhergesagten nicht zu erteilen. Dasselbe gilt, wenn bei gesunden Eltern der Enkel selbst bedenkliche psychopathische Merkmale trägt. Sind solche Voraussetzungen aber nicht erfüllt, so wird ein Eheverbot für Enkel Erbkranker nicht in Frage kommen. Denn man wird berücksichtigen müssen, daß die Gefährdung der Enkel Erbkranker erheblich geringer ist als die der Kinder.

Nach diesem zweiten Leitsatz müßte im Sinne des eben Gesagten auch die gesetzliche Möglichkeit der Ehescheidung oder -Anfechtung unter bestimmten Voraussetzungen geschaffen werden, wenn die erbbiologisch bedenklichen Tatsachen erst nach der Heirat eintreten oder bekannt werden, also z. B. wenn Vater oder Mutter eines Ehegatten nach der Eheschließung an Schizophrenie erkrankt oder wenn erst nachher bekannt wird, daß sie an einer Erbkrankheit gelitten haben. Von den Vorsichtsmaßnahmen, die mit der Zulassung solcher Scheidungs- oder Anfechtungsgründe zu verbinden wären, wird später noch zu sprechen sein.

In den Gruppen 3—5 ist die Fortpflanzung von Geschwistern, Neffen und Nichten Erbkranker als unerwünscht bezeichnet, wenn diese Angehörigen zwar selbst nicht an einer Erbpsychose leiden, aber doch deutliche krankhafte oder abnorme seelische Eigenschaften zeigen und wenn infolgedessen mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten wäre, daß die Nachkommen der Ehe an schweren Erbschäden leiden würden.

Hierzu ist folgendes zu sagen. Es muß sich einmal um klar zu fassende, ausgeprägte Psychopathien handeln. Ferner muß deren klinische Eigenart nach unseren Kenntnissen die Gefahr begründen, daß die Nachkommen der geplanten Ehe, wenngleich der mit einem

psychischen Erbleiden belastete Partner phänotypisch von diesem Leiden frei ist, erbkrank sein werden. Diese Bedingung wird z. B. im allgemeinen erfüllt sein, wenn bei der Belastung mit Schizophrenie deutliche schizoide, bei Belastung mit manisch-depressiven Erkrankungen deutliche zyklothyme Psychotherapie vorliegt. Auch eine deutliche epileptoide Psychopathie darf man wohl so verwerten. In Familien mit angeborenem Schwachsinn wird man z. B. den Grenzwerten intellektueller Veranlagung solche Bedeutung beimessen können, namentlich wenn sie mit anderen krankhaften Wesenszügen vermengt ist.

Daß — Gruppe 8 — die Möglichkeit der Heirat von Entmündigten, die jetzt nach dem BGB. noch besteht, künftig ausgeschlossen werden muß, ist klar. Hier kommt es naturgemäß auch gar nicht darauf an, ob eine Erbkrankheit vorliegt. Psychische Anomalien, die eine Entmündigung rechtfertigen, werden in der Regel mindestens die Patienten ungeeignet zur Erfüllung der Eltern- und Erzieherpflichten machen. Allenfalls wäre für gewisse Fälle zu erwägen, ob Personen dieser Gruppe 8 unter den vorhin genannten Bedingungen die Ehe mit einem sterilisierten Partner gestattet werden sollte.

Endlich ist nicht zu bestreiten, daß man Bedenken erheben muß gegen die Heirat auch von Menschen mit nicht erheblichen einwandfreien psychisch-nervösen Anomalien (Gruppe 9), welche die Erfüllung der Eltern- und Erzieherpflichten oder der gegenseitigen Gattenpflichten ausschließen.

Gerade dieser letzteren Gruppe kommt eine besondere Wichtigkeit zu. Sie umfaßt das Heer psychisch deutlich Abnormer, die, abgesehen von der Frage der Fortpflanzung, unerläßlichen, an Eltern und Ehegatten zu stellenden Anforderungen nicht zu genügen vermögen und daher im Interesse der Volksgemeinschaft als durchaus ungeeignet zur Ehe zu bezeichnen sind. Obgleich ich mich bei meinen gegenwärtigen Ausführungen auf klinische Einzelheiten im allgemeinen nicht einlassen kann, möchte ich doch darauf hinweisen, daß es sich vor allem handelt um schwierige, unsoziale und asoziale, erregbare, haltlose, unverträgliche, verschrobene Psychopathen, vorausgesetzt, daß die Psychopathie ausgeprägt und deutlich zu fassen ist; ferner um gewisse Zyklothyme und Schizoide, sofern sie nicht klar unter die zugehörigen Erbpsychosen im Sinne des Sterilisierungsgesetzes fallen; um manche nach durchgeführter Behandlung mit Defekt stationär gewordene Fälle von Paralyse, sowie gewisse Alkoholiker und andere Rauschgiftsüchtige. Wenn also bei allen diesen Typen als entscheidendes Kriterium für die Eheuntauglichkeit eine soziale, nicht eigentlich erbbiologische Eigenschaft gilt, so würden wir doch in sehr vielen dieser Fälle zugleich auch erbbiologisch ungeeignete Heiratskandidaten erfassen, deren Fortpflanzung an sich

also nicht erwünscht ist, die aber noch nicht unter das Sterilisierungsgesetz fallen. Die Gesichtspunkte des individuellen Wohles und Interesses decken sich also da mit den rassenhygienischen. Wir Ärzte wissen, wieviel Unglück und Leid verhütet werden würde, wenn solche psychisch kranken oder krankhaften Menschen, die ihren Ehepartnern das Leben zur Hölle machen, ihren Kindern ein schlechtes Beispiel sein würden und sie nicht erziehen könnten, an der Gründung einer Familie verhindert werden könnten. Zu alledem handelt es sich auch noch um Persönlichkeiten, deren Familien sehr häufig der allgemeinen Fürsorge früher oder später zur Last fallen und deren Abkömmlinge oft, infolge von mangelhafter Erziehung und auch von abnormer Veranlagung, die Volksgemeinschaft durch asoziales oder gesellschaftsfeindliches Verhalten gefährden.

Mit den soeben gegebenen und kurz besprochenen Leitsätzen sollte, wie gesagt, vor allem zunächst eine sozusagen theoretische Übersicht gegeben werden, auf deren Grundlage dann die gesetzgeberischen Entscheidungen zu erfolgen hätten, während die sich ergebenden klinisch-diagnostischen Fragen nur insoweit berührt werden konnten, als es zur allgemeinen Verständigung unbedingt nötig ist. Weiter ins Einzelne zu gehen, würde den mir gestellten Rahmen weit überschreiten. Für die Formulierung der gesetzlichen Bestimmungen kommen solche klinisch-erbbiologischen Einzelheiten obendrein im allgemeinen nicht in Betracht. Diese wird vielmehr in einer Weise gefunden werden müssen, welche gestattet, die Einzelfälle mit fortschreitender Forschung jeweils darein einzuordnen.

Wir Ärzte sind uns auch klar darüber, wie schwierig es an und für sich, insbesondere aber heute noch oft ist, die psychopathische Beschaffenheit von Menschen zu erkennen und gegebenenfalls, soweit das in Frage kommt, diagnostisch zu deuten. Ich erinnere da nur an die häufigen Fälle, in denen sich auch schwerere Anomalien dieser Art »von außen her«, sozusagen aus der Ferne, lediglich aus den Wahrnehmungen im öffentlichen Leben und bei der Sprechstundenuntersuchung gar nicht feststellen oder deuten lassen, vielmehr nur im intimen Zusammenleben hervortreten. Gleiches gilt für die sozialen Auswirkungen von Alkoholismus und andere Suchten. Das sind Tatsachen, die nicht nur die ärztliche Feststellung und Begutachtung, sondern auch die Durchführung gesetzlicher Maßnahmen erschweren müssen.

Daß zudem die Verwirklichung des rassenhygienischen Zweckes aller solcher gesetzlichen Maßnahmen im weitesten Umfange steht und fällt mit der Frage, ob wir bald in die Lage kommen werden, die Bevölkerung hinsichtlich des gesundheitlichen und erbbiologischen Wertes der einzelnen Individuen und Sippen besser zu erfassen, wurde bereits betont, soll aber nochmals ausdrücklich hervorgehoben werden.

Eine besondere Prüfung der angegebenen Leitsätze erfordert deren Anwendung beim manisch-depressiven Irresein. Hier muß man, soweit wir die Erblichkeitsverhältnisse heute beurteilen können, mit der Bewertung psychopathischer Merkmale bei von manisch-depressiver Erkrankung selbst freien Geschwistern, Neffen und Nichten im Sinne von Gruppe 3—5 einmal die aus diagnostischen Gründen gebotene Vorsicht üben angesichts der unscharfen Begrenzung des Begriffes der zyklothymen Psychopathie. Auch ist zum Beispiel zu bedenken, daß es persönliche Temperamentsveranlagungen gibt, die man an sich unter die hypomanische Veranlagung rechnen könnte, die aber sozusagen die beste Form dieser Veranlagung darstellen, gutartige Fälle, in denen sich das hypomanische Temperament lediglich günstig in Lebensführung und Leistungen der Betreffenden auswirkt, so daß das Hauptkriterium des Krankhaften in solchen Fällen vollständig fehlt. Anderseits aber haben wir im Bereich des manisch-depressiven Formenkreises Rücksicht zu nehmen auf die in solchen Familien etwa vorhandenen Anlagen zu hochwertigen Eigenschaften. Darf man sich freilich m. E. durch solche Familieneigenschaften in der Sterilisierung der phänotypisch Psychotischen oder psychotisch Gewesenen in der Regel nicht beirren lassen, so wird man doch Vorsicht beobachten müssen bei der Beurteilung von Geschwistern, Neffen und Nichten Manisch-Depressiver im Sinne der Gruppen 3—5.

Die Frage der Heirat von Erbuntüchtigen untereinander wurde bereits mehrfach erwähnt. Fortpflanzungsuntauglichen die Ehe untereinander zu ermöglichen, ist eine schon oft erhobene rassenhygienische Forderung. Natürlich muß die Gewähr der Kinderlosigkeit gegeben sein, was der Fall ist, wenn einer von beiden Partnern wenigstens sterilisiert ist. Fallen beide nach Art ihrer Anomalie aber nicht unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, so sollte die gesetzliche Möglichkeit der freiwilligen Sterilisierung von wenigstens einem Partner geschaffen werden, an die dann die Eheerlaubnis zu knüpfen wäre. Unerläßliche Vorbedingung wäre aber endlich, daß der psychische Zustand der Partner sie ehefähig im Sinne der ehelichen Gemeinschaft der Gatten erscheinen ließe und daß die wirtschaftliche Basis der Ehe nach Maßgabe des psychischen Zustandes und des sozialen Verhaltens, sowie der Leistungsfähigkeit der Gatten gesichert wäre. Manchen Schwachsinnigen, Epileptikern und Psychopathen namentlich könnte durch solche Heirat bei Ausschluß der Kinderzeugung ein Halt gegeben werden, was zur Verminderung der öffentlichen Lasten beitragen könnte; auch die auf diesem Wege zu erzielende Regelung der vita sexualis kann im Interesse der Allgemeinheit liegen. Die finanzielle Stützung solcher Ehen aus öffentlichen Mitteln kommt natürlich nicht in Frage.

In Betracht kommen im wesentlichen Fälle der *Weygandt*schen Gruppen B (»leichter Gefährdete«) und C (im wesentlichen Sterilisierungsfälle) untereinander, sowie solche der Gruppen B und C wechselseitig.

Wie schon mehrfach betont wurde, steht einer Verhütung unerwünschter Ehen in dem nötigen Umfang bis auf weiteres vor allem das erhebliche Hemmnis entgegen, daß wir sowohl die gesundheitliche und erbbiologische Beschaffenheit der Individuen als der Familien und Sippen heute noch nur in ganz unzureichendem Maße feststellen können.

Schon deshalb wird man für längere Zeit wenigstens noch in einem verhältnismäßig erheblichen Umfange von der Möglichkeit der Auflösung rassenhygienisch bedenklicher Ehen Gebrauch machen müssen. Daher wird die Ehescheidung und Eheanfechtung vor allem auch gesetzlich neu geregelt werden müssen. In dem Maße, in dem es mit der Zeit immer mehr möglich werden wird, ungeeignete Heiraten zu verhüten, wird auch die Notwendigkeit der Ehelösung seltener eintreten.

Die erbbiologisch-psychiatrischen Gesichtspunkte zur Ehelösung aus rassenhygienischen Gründen ergeben sich im wesentlichen aus dem bisher Gesagten, insbesondere aus den aufgestellten Leitsätzen und den dazu gegebenen näheren Erläuterungen.

Vermutlich wird der Gesetzgeber dabei die Lösungsform der Scheidung zu ungunsten der Eheanfechtung mehr ausbauen wollen.

Eine Ehescheidung muß grundsätzlich möglich sein bei Erkrankung eines Ehegatten an einem Erbleiden, welches die gesetzliche Unfruchtbarmachung zur Folge hat. Wie schon erwähnt wurde, hat der völkische Staat ein Interesse daran, daß namentlich Gesunde, die wertvolle Erbanlagen weiterzugeben haben, nicht von der Fortpflanzung ausgeschlossen bleiben, lediglich weil sie an einen erbuntauglichen Partner gebunden sind.

Als Ehelösungsgrund muß aber auch anerkannt werden die mehrfach schon erwähnte, durch ausgeprägte krankhafte psychische Abweichungen bedingte dauernde Unfähigkeit, die Eltern- und Erzieherpflicht zu erfüllen, wenn dadurch die Erziehung der Kinder deutlich gefährdet wird und ihnen wesentlicher Schaden droht. Das Gleiche gilt, wenn sich die auf solchen krankhaften psychischen Störungen und Anomalien beruhende Unfähigkeit zur Erfüllung der gegenseitigen Gattenpflichten in einem die Ehe zerrüttenden Maße nach der Verheiratung bei einem Partner zeigt.

Im Sinne der aufgestellten Leitsätze 3 und 4 muß die Ehelösung endlich möglich werden, wenn ein Geschwister, ein Onkel oder eine Tante des Ehegatten nach der Verheiratung von einer Erbkrankheit im Sinne des Sterilisierungsgesetzes befallen wird und wenn der

Ehepartner die in den erwähnten Leitsätzen genannten deutlich psychopathischen Züge selbst aufweist. Das Gleiche gilt für die seltenen Fälle eineiiger Zwillingspartner, wenn ein gesunder Ehepartner unter diese Gruppe von Menschen gehört und der andere Zwilling erbkrank wird.

Die Entmündigung eines Ehegatten wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung wird man sicherlich nur dann als Rechtsgrund zur Eheauflösung anerkennen wollen, wenn entweder ein Erbleiden vorliegt, also ein rassenhygienisches Interesse an der Unfruchtbarkeit der Ehe eintritt oder aber wenn die Krankheitserscheinungen den mehrfach erwähnten Tatbestand der deutlichen Unfähigkeit zur Erfüllung der Eltern- und Erzieherpflichten zum Schaden der Kinder oder der Unfähigkeit, den gegenseitigen Gattenpflichten zu genügen, darstellt.

Schließlich muß Erkrankung eines Kindes der Eheleute an einer Erbkrankheit grundsätzlich einen solchen Grund abgeben können.

Wenn man das soeben Gesagte als Leitgedanken für die Ehelösung aus rassenhygienischen Gründen anerkennen will, dann wird man doch klar darüber sein müssen, daß es sich nur um die Möglichkeit einer solchen Lösung auf Antrag des gesunden Gatten handeln kann, nicht aber um einen gesetzlichen Zwang dazu.

Weiter wird der Gesetzgeber großen Wert darauf legen, die ganze Regelung mit den nötigen Vorsichtsmaßnahmen zu umgeben.

Dem mehrfach erwähnten Gesichtspunkt, daß das Volk ein Interesse daran hat, wertvolles Erbgut nicht zu verlieren, also Ausschaltung dieser Anlagen vom Erbstrom durch Bindung eines gesunden Ehegatten an einen zeugungsunberechtigten Partner zu vermeiden, — diesem Gesichtspunkte müssen andere ergänzende und das Gleichgewicht haltende zur Seite treten.

Wie wir sahen, muß der völkische Staat die ethische Seite des gegenseitigen Verhältnisses der Ehegatten besonders hoch bewerten, ihre Treuepflicht und ihr Zusammenstehen in Glück und Unglück. Diese Treuepflicht auferlegt es einem Ehegatten, seinem Gefährten auch in dem Unglück, welches Krankheit über ihn bringt, stützend und helfend zur Seite zu stehen. Sicher werden sittlich hochstehende Menschen hier von sich aus bei psychischen Erkrankungen ihrer Ehegatten den rechten Weg finden. Es wird eine besondere Schwierigkeit der gesetzlichen Regelung sein, im Rahmen des Zulässigen und Notwendigen zwischen dieser Forderung und der Wahrung der rassenhygienisch-erbbiologischen Interessen den rechten Ausgleich zu finden. Beide Gesichtspunkte stellt der Staat sehr hoch. Es sind Fälle denkbar und werden nicht selten vorkommen, in denen ein Widerstreit zwischen solchen entgegenstehenden Forderungen zutage tritt, und der Gesetzgeber wird hier wohl dem Richter die Pflicht eines gerechten Ausgleichs zwischen berechtigten indivi-

duellen Interessen und denen der Allgemeinheit besonders auferlegen. Oberster Leitgedanke wird auch da stets das Wohl des Volkes sein.

Einfach liegen die Verhältnisse immer dann, wenn der geisteskranke Gatte infolge seines Zustandes durch eine Scheidung gemütlich nicht berührt wird. Wir Ärzte wissen, daß das schon für viel mehr Schwerkranke gilt, als die Zahl der die Voraussetzungen des so streng gefaßten § 1569 BGB. Erfüllenden beträgt; und so wird es also zahlreiche Fälle geben, wo der gesunde Teil mit Recht die Lösung der Ehe begehrt und der Kranke subjektiv dadurch nicht verletzt wird.

Am sinnfälligsten werden solche Schwierigkeiten sein bei vielen Manisch-depressiven mit guten, besonders langen, unter Umständen dauernden freien Zeiten.

Die Fälle von manisch-depressivem Irresein beleuchten besonders auch eine bisher noch nicht zur Sprache gebrachte Schwierigkeit, nämlich die in den Interessen und Gefühlen vorhandener Kinder gelegenen. Es kann ein Vater, eine Mutter einmal oder mehrmals von manisch-depressiven Psychosen heimgesucht worden sein und doch in den freien Zwischenzeiten, nach durchgemachter einmaliger Erkrankung dauernd praktisch gesund sein, sowie geistig, gemütlich und leistungsmäßig außerordentlich hoch stehen. Ein solcher Mensch kann nicht nur ein außerordentlich wertvoller Ehegatte, er kann auch ganz besonders befähigt sein, die Elternpflichten den Kindern gegenüber zu erfüllen; ja wir wissen, daß eine solche hochstehende seelische Veranlagung im Vergleich zu anderen psychischen Erbkrankheiten gerade bei Manisch-depressiven und ihren Angehörigen häufig vorkommt. Die Kinder würden dann mit besonderer Liebe an dem Vater oder der Mutter hängen und durch eine Ehelösung subjektiv wie objektiv schwer betroffen werden.

Freilich wird es, wo es so liegt, wo also nach Grad und Häufigkeit die psychotischen Phasen die Ausübung der Gatten- und Elternpflichten dem Kranken noch in nennenswertem Maße gestatten und infolgedessen eine gegenseitige Bindung zwischen dem gesunden Gatten, den Kindern auf der einen und dem Patienten auf der anderen Seite erhalten bleibt, zum Antrag auf Ehescheidung nicht so oft kommen. Es kann aber natürlich auch eintreten, daß die Kinder nach wie vor z. B. an der zeitweise kranken Mutter hängen, und von ihr, im ganzen gesehen, gut betreut und erzogen werden, während der gesunde Vater die Ehelösung anstrebt. Auch hier wird der Richter unter Berücksichtigung aller in Frage kommenden Gesichtspunkte und Interessen, nicht zuletzt unter Würdigung der Scheidungsgründe des Gesunden und seines erbbiologisch-gesundheitlichen Wertes zu urteilen haben. Die allgemeinen gesetzlichen Formulierungen werden für diese Fälle nicht leicht zu finden sein. Leitgedanke muß wie

gesagt letzten Endes das Interesse des Allgemeinwohls sein, das, wie wir sahen, ja auch die Würdigung ethisch-gemütlicher Gesichtspunkte im Sinne der Familienbelange einschließt.

Ähnliche Schwierigkeiten können auch bei Epileptischen mit leichten und seltenen Krankheitserscheinungen sehr wohl vorkommen.

Weiter ist aber noch auf folgendes aufmerksam zu machen. Gerade in Anbetracht des großen Wertes, den der Staat auf die ethische Seite der Ehe legen muß, wird der Gesetzgeber vor allem darauf bedacht sein müssen, daß die Ehelösung wirklich nur aus Gründen begehrt und ermöglicht wird, welche vom Standpunkt des völkischen Staates gebilligt werden können. So wird man vor allen Dingen Vorkehrungen dagegen zu treffen haben, daß ein gesunder Ehegatte das rassenhygienische Moment lediglich als Scheingrund vorbringt, als Vorwand, um frei zu kommen und sich Verpflichtungen zu entziehen. Dieser Gesichtspunkt wird gerade in den sicherlich häufigen Fällen mit entscheidend sein, in denen in der vorhin geschilderten Weise die Ehelösung mit einem Widerstreit wichtiger Interessen verbunden ist.

Deshalb muß gefordert werden, daß der die Auflösung der Ehe begehrende Gatte nicht nur fortpflanzungsfähig, sondern daß seine weitere Fortpflanzung rassenhygienisch gutzuheißen ist. Eine solche Bestimmung würde zugleich im Sinne der Verhütung unerwünschter Kinderzeugung wirken. Es liegt auch nahe, bei Männern eine bestimmte Altersgrenze festzusetzen, u. U. unter Mitberücksichtigung des Alters der in Aussicht genommenen Partnerin, einer Altersgrenze, bis zu der nach allgemeinen biologischen Erwägungen Gelegenheit zur Erzeugung von Kindern in einer neuen Ehe überhaupt gegeben werden soll, zumal es ja auch nicht im persönlichen Interesse der aus der neuen Ehe hervorgehenden Kinder liegen würde, wenn eines ihrer Eltern schon zu alt wäre. Ist der gesunde Partner die Ehefrau, so wird man berücksichtigen müssen, ob sie sich nicht schon zu sehr dem klimakterischen Alter nähert, und die Altersgrenze dementsprechend bestimmen.

In vielen Fällen wird aber die Sache doch so klar liegen, daß der an psychischer Erbkrankheit leidende Gatte überhaupt nicht oder nicht in dem nötigen Maße fähig ist, die Vater- oder Mutterpflicht sowie die gegenseitige Gattenpflicht zu erfüllen. Es liegt dann allein schon ein berechtigtes Interesse daran vor, der Familie eine neue Hausfrau und den Kindern eine gesunde Mutter zu geben.

Es lassen sich aber vor allem auch pekuniäre Bestimmungen als Sicherungsmaßnahmen einbauen.

Nach § 1583 BGB. hat der gesunde Ehegatte jetzt, wenn eine Ehe wegen Geisteskrankheit des Partners geschieden wird, dem kranken Gatten Unterhalt in gleicher Weise zu gewähren wie ein

allein für schuldig erklärter Ehegatte. Bei neuer gesetzlicher Regelung wird man sicherlich diese Bestimmung abändern. Es liegt nun der Vorschlag nahe, hier einzusetzen und dem gesunden Gatten, soweit es seine Lage erfordert und soweit es dem Volksinteresse an seiner weiteren Fortpflanzung entspricht, je nach Lage der Dinge schon bei Wiederverheiratung oder bei der Geburt von Kindern Erleichterungen zu gewähren durch Übernahme eines Teiles der Unterhaltskosten oder in besonderen Fällen aller dieser Kosten auf die Allgemeinheit. Dabei wird natürlich die Beschaffenheit der Kinder die gebührende Berücksichtigung finden.

So kann der Staat also die Regelung dieser Unterhaltsfrage durch geeignete gesetzliche Bestimmungen mit dazu verwenden, um zu erreichen, daß rassenhygienische Ehelösung und Wiederverheiratung nur dann ermöglicht werden, wenn letztere nach Maßgabe der gesundheitlichen und erbbiologischen Verhältnisse wirklich im Interesse der Volksgemeinschaft erwünscht ist.

Das geltende Eherecht macht eine Ehescheidung unter völkischen Gesichtspunkten bekanntlich ganz unmöglich. Doch hat, wie bereits eingangs angedeutet wurde, die Rechtsprechung im neuen Staate bezüglich der Eheanfechtung wegen Geisteskrankheit Wege beschritten, welche bereits jetzt in zahlreichen Fällen Ehelösungen im Wege der Anfechtung nach psychiatrisch-rassenhygienischen Gesichtspunkten ermöglichen werden.

Es war für den Mediziner von vornherein klar, daß die Einführung des Sterilisierungsgesetzes zu einer anderen Auffassung des Begriffes der Anlage zu erblicher Geisteskrankheit als Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. führen mußte, als wie der früheren Rechtsprechung zugrunde gelegt werden konnte. In klassischer Weise ist das in dem wohl allgemein bekannt gewordenen Reichsgerichtsurteil vom 18. Juni 1934 (IV, 98/34) zum Ausdruck gekommen. Es war in diesem Falle ein Ehegatte nach der Eheschließung an Schizophrenie erkrankt. Das Urteil führte aus: »Die Krankheit ist zwar erst im Jahre 1931 in die Erscheinung getreten, haftete aber der Beklagten schon seit ihrer Geburt an. Daß sie nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge hätte zum Ausbruch kommen müssen, hat das Berufungsgericht nicht festzustellen vermocht. Es ist aber zu der Überzeugung gelangt, daß die erblich bedingte Erkrankung auf die gesamte Nachkommenschaft sich vererbt, ohne daß sie bei allen in die Erscheinung zu treten braucht, daß sie aber bei der Nachkommenschaft immer wieder zum Ausbruch kommen wird. Die Auffassung, daß aus diesem Grunde eine persönliche Eigenschaft im Sinne des § 1333 BGB. vorliege, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Es handelt sich hier nicht um den Fall einer bloßen Veranlagung zur Geisteskrankheit, für den in der Rechtsprechung eine persönliche Eigenschaft nur dann bejaht worden ist, wenn die Anlage nach dem

gewöhnlichen Verlauf zur wirklichen Erkrankung führen muß. Vielmehr ist eine erbliche überkommene Krankheit und die Gewißheit festgestellt worden, daß die Nachkommenschaft erbkrank sein wird. Daß die Krankheit schon bei der Beklagten zum Ausbruch gekommen ist, stellt dabei eine Tatsache von nicht entscheidender Bedeutung dar. Wesentlich ist, daß der gesamte Nachwuchs erbkrank wird, und daß periodisch die Krankheit zum Ausbruch kommt.«

Hier wird also dem Urteil die allein entscheidende Tatsache zugrundegelegt, daß der Ausbruch der Erbpsychose die natürlich schon bei der Eheschließung im Kranken schlummernde, dessen ganze Nachkommenschaft schwer bedrohende Erbanlage verraten hat. Wie gesagt, wird auf diesem Wege § 1333 BGB. in sehr zahlreichen Fällen die Grundlage dafür abgeben können, bei Erkrankung eines Ehegatten an einer Erbkrankheit rassenhygienisch und nach sonstigen billigen Erwägungen wünschenswerte Ehelösungen herbeizuführen, welche nach dem geltenden Scheidungsrecht (§ 1569) heute unmöglich wären. Inwieweit es hinsichtlich der Verschiedenheit der Rechtsfolgen bei Anfechtung und Scheidung für die Beteiligten wünschenswert ist, daß augenblicklich zunächst nur der Weg der Anfechtung offen steht, bleibe unerörtert.

Mit Recht stützt sich, wie gesagt, das Reichsgerichtsurteil, neben dem ja übrigens noch weitere gleichsinnige Urteile bekannt geworden sind, lediglich auf die Tatsache der durch die Krankheit bewiesenen Erbanlage und ihrer folgenschweren Bedeutung. Eine Klage unter dem Gesichtspunkt der bekannten Formulierung, daß bei der Eheschließung einer später an Erbpsychose erkrankten Person bereits eine Anlage bestanden habe, welche nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge hätte zur Erkrankung führen müssen — eine solche Klagebegründung könnte immerhin dem Einwand ausgesetzt sein, daß bei den bekannten Manifestationsschwankungen nicht mit Bestimmtheit von schicksalsmäßiger Bedingtheit der Erkrankung gesprochen werden könne.

§ 1333 BGB. läßt sich bei solcher Auslegung natürlich aber nur dann zur Ehelösung verwenden, wenn ein Ehegatte selbst manifest erbkrank wird, wohl nicht aber in den Fällen 2—4 meiner Leitsätze, wenn also Geschwister oder Onkel und Tanten von solchen Erkrankungen betroffen werden und die verwandten Ehegatten bedenkliche Erscheinungen von Psychopathie zeigen; denn in diesen Fällen dürfte die erbliche Bedrohung des Nachwuchses kaum in einem Grade anzunehmen sein, wie es den Voraussetzungen des Anfechtungsparagraphen entsprechen müßte. Allenfalls könnte man vertreten, daß bei Erkrankung von Vater oder Mutter eines Ehegatten die Voraussetzungen jenes Reichsgerichtsurteils gegeben seien. Dies wird übrigens auch der Fall sein dann, wenn nicht auf Erbkrankheit beruhende krankhafte psychische Erscheinungen

nach der Eheschließung hervortreten, die die Ehelösung notwendig erscheinen lassen wegen Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Erfüllung der Eltern- und Erzieherpflicht sowie der Gattenpflichten.

Nach der bisherigen Rechtsprechung begründete eine nur vorübergehende akute Krankheit die Annahme einer Eigenschaft im Sinne des § 1333 nicht, auch dann nicht, wenn diese Krankheit erst in einiger Zeit und schwer heilbar ist; vielmehr gehörte zu dem fraglichen Begriff die Voraussetzung eines dauernden unheilbaren Leidens. Ebenso erfüllte den Begriff eine überstandene Geisteskrankheit nicht. Hiergegen hat sich vor längerer Zeit u. A. *Bumke* gewendet, indem er besonders auf das Beispiel vorübergehender manisch-depressiver Phasen hinwies. Es ist klar und braucht hier nicht näher ausgeführt zu werden, daß eine solche Auslegung heute nicht mehr haltbar sein wird, insofern es sich um Erbpsychosen handelt.

Haben wir somit die Frage der Auslegung des geltenden Gesetzes nach völkischen Gesichtspunkten berührt, so wäre das Augenmerk noch auf die §§ 1568 und 1569 zu richten. Bezüglich § 1568 (Scheidung infolge schwerer Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten durch einen Gatten) ist nur auf Grenzzustände zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit hinzuweisen, da bei ausgeprägten Psychosen in der Regel ein Verschulden im Sinne des geltenden Gesetzes nicht in Frage kommen wird. Dagegen wurde bei Psychopathien bisher die Anwendung dieses Paragraphen vielfach zugunsten der Psychopathen verhältnismäßig wohlwollend so aufgefaßt, daß es sich um schweres Verschulden handeln müsse.

Insofern als im völkischen Staate ganz allgemein bezüglich der Schuldfrage bei Grenzzuständen Anwendung eines strengeren Maßstabes gefordert wird, als bisher vielfach geschah, muß sich hier eine Erleichterung für die Scheidung ergeben.

Die außerordentlich eng begrenzte Möglichkeit der Ehescheidung nach § 1569 BGB. ist begründet in der strengen prognostischen Bedingung, die diese Gesetzesstelle enthält, und vor allem in dem Begriff der geistigen Gemeinschaft. Sehr wesentliche Änderungen werden sich in der Auslegung dieses Begriffes auch heute nicht ermöglichen lassen, wie ja überhaupt keine Rede davon sein kann, bestehende Gesetzesbestimmungen gewaltsam zu dehnen. Immerhin ist doch auf Grund einer völkisch gerichteten Weltanschauung zu fordern, daß die etwas liberalere Auslegung des Paragraphen, die sich in Rechtsprechung und Gutachterpraxis an Stelle der früher allgemeinen strengen Auffassung allmählich vielfach entwickelt hat, künftig zugrunde gelegt wird. Das gilt einmal für den Begriff der Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft, sodann insofern, als allgemein der Meinung derer zu folgen ist, welche sich dabei nicht schon mit solcher Wiederher-

stellung für mehr oder weniger vorübergehende Zeit begnügen, sondern die begründete Aussicht auf eine Dauer, mindestens also eine erhebliche Dauer dieser Besserung verlangen. Weiter ist wohl für die jetzige Praxis unbedingt denen Recht zu geben, die neben dem erhaltenen Bewußtsein gemeinsamer Interessen und Pflichten, neben der Anteilnahme am anderen als unerläßlichen Bestandteil des Begriffes der geistigen Gemeinschaft eine gewisse Fähigkeit zur Betätigung in diesem Sinne ansehen. Namentlich bezüglich der der Ehe entsprossenen Kinder ist das zu beachten. Auch die ganze Individualität des gesunden Gatten und die ihm billigerweise zuzugestehenden Anforderungen an den Lebensgefährten sollten mehr berücksichtigt werden, als das bisher vielfach geschah.

Aber auch wenn so verfahren wird, wird § 1569 in keiner Weise gestatten, auch nur von ferne den Gesichtspunkten gerecht zu werden, die heute im Eherecht der Geisteskranken zur Geltung zu bringen sind.

Nur eine gesetzliche Neuregelung von Grund aus kann, wie wir sahen, Befriedigendes bringen.

Deren Voraussetzungen im großen Ganzen vom psychiatrischen Standpunkt zu umschreiben, war der Zweck meiner Ausführungen. Es konnte dabei aus äußeren, aber auch aus sachlichen Gründen nur versucht werden, unter Außerachtlassung aller diagnostisch-klinischen und prognostisch-erbbiologischen Einzelfragen die Haupttatsachen und allgemeinen Gesichtspunkte herauszuarbeiten. Wir Psychiater wissen alle, daß bei unserer Untersuchungs- und Gutachtertätigkeit in Ehetauglichkeitsfragen zahlreiche schwierige Einzelprobleme zu lösen und zu berücksichtigen sein werden. Auf alle diese wichtigen Einzelheiten einzugehen, war innerhalb eines Referats unmöglich, dessen Zweck lediglich sein sollte, eine erste Grundlage für juristische Fragestellungen und Formulierungen zu liefern.

Es sollte nur ein erstes Überpflügen des Feldes sein, das es in gemeinsamer Arbeit neu zu bebauen gilt.

Erbpflege im Familienrecht, insbesondere bei Eheschließung und Ehelösung.

Ein Beitrag zur 2. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Psychiater und Neurologen am 2. 9. 1935 in Dresden.

Von

Dr. jur. **Ruttke,**

Geschäftsführender Direktor des Reichsausschusses für Volksgesundheitsdienst.

Nach Fertigstellung dieser Ausführungen ist das Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des Deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz) vom 18. 10. 1935 (RGBl. I, S. 1246) verabschiedet worden, das, wenn auch nicht einen vollständigen Umbau der von mir behandelten familienrechtlichen Bestimmungen gebracht hat, so doch wenigstens wieder einen großen Schritt zur Verwirklichung der für das Deutsche Volk notwendigen Erb- und Rassenpflege darstellt. Es war daher notwendig, in einem Anhang dieses Gesetz sowie die hierzu ergangene Durchführungsverordnung vom 29. 11. 1935 zu veröffentlichen.

Wenn wir wissen wollen, inwieweit das geltende Familienrecht von der für das Deutsche Volk notwendigen Erbpflege aus eine neue Gestaltung erfahren soll, dann müssen wir das anzustrebende Ziel kennen. Diese Betrachtung führt zur Grundfrage der Bedeutung der Familie überhaupt. Im nationalsozialistischen Staat kann es nur eine Auffassung geben, nämlich, daß erbgesunde, für das Deutsche Volk rassisch wertvolle, kinderfrohe Familien in ausreichender Zahl die Voraussetzung für das ewige Leben unseres Volkes sind. Volk ist für uns die sich selbstbewußte Zusammenfassung blutsverbundener Familien, von denen die einzelnen Volksgenossen zwar Rassengemische von einander nahestehenden Rassen darstellen, die Gesamtheit aber, das Volk, sich durch eine alle einzelnen Volksgenossen miteinander verbindende Rasse eine eigene Gesittung und insbesondere eine eigene Sprache geschaffen hat[1]). Wir lehnen es ab, geniale Menschen zu züchten; denn diese wachsen einem Volke zu, das stets über für es rassisch wertvolle,

[1]) Vgl. »Muttersprache«, Berlin, Nr. 11 vom November 1935: Dr. jur. *Ruttke,* »Sprachpflege, ein Erziehungsmittel zur Erb- und Rassenpflege«.



erbgesunde, kinderfrohe Familien verfügt. Das muß also das Ziel sein, das bei einer Neugestaltung des Familienrechts uns stets vor Augen zu schweben hat. Rechtsgestaltung und Rechtsanwendung dürfen mit der für das Deutsche Volk notwendigen Erbpflege nicht im Widerspruch stehen. Daher darf es für die Neuregelung des Familienrechts nur eine einheitliche Auffassung geben, nämlich die rassengesetzliche Rechtslehre, die die Lehre vom Rechtsstil umschließt. Das Recht hat danach ausschließlich der Erb- und Rassenpflege zu dienen, und dieser Einstellung müssen auch die Rechtswahrer selbst in ihrem eigenen Stil entsprechen.

Bei der Schaffung des Bürgerlichen Gesetzbuches ist infolge der liberalistischen Einstellung der Vergangenheit und insbesondere infolge des das Deutsche Recht damals beherrschenden jüdischen Rechtsstiles[2]) die Gestaltung des Familienrechts im wesentlichen kapitalistisch vorgenommen worden. Der Mensch wurde damals losgelöst aus Familie, Sippe, Rasse und Volk, betrachtet. Entscheidend für die Beurteilung der Darstellung des Familienrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch ist diese Grundeinstellung und nicht die Tatsache, daß wir gelegentlich auch germanisches Rechtsgut im Familienrecht des BGB. finden. Seine kapitalistische Grundeinstellung zeigt uns die Einteilung:

1. Buch: Allgemeiner Teil;
2. Buch: Das Recht der Schuldverhältnisse;
3. Buch: Das Sachenrecht;
4. Buch: Das Familienrecht;
5. Buch: Das Erbrecht.

In einem deutschen Gesetzbuch mit nordischem Rechtsstil müßte das Familienrecht als Teil des Sippenrechts eine beherrschende Stellung einnehmen. Im BGB. finden wir im Familienrecht im wesentlichen zahlreiche Bestimmungen über die sich aus der Eheschließung und Ehelösung ergebenden Folgen, insbesondere vermögensrechtlicher Art und über die Ehelösung aus Verschulden eines Ehegatten. Als Ehelösungsgrund ohne Verschulden kennt das BGB. Geisteskrankheit unter bestimmten Voraussetzungen (§ 1569 BGB.). Der Gesetzgeber hat im wesentlichen eine große Anzahl von Bestimmungen zum Schutze beider Ehegatten eingeführt, weil die Ehe als Vertrag behandelt wird. Der Sinn der Ehe, der Sinn der Familie ist dem damaligen Gesetzgeber völlig wesensfremd geblieben. Sowjetrußland ist ja auch in folgerichtiger Weiterbildung des Vertragsdenkens vorgegangen und hat die Ehe

---

[2]) Vgl. Juristische Wochenschrift Nr. 19/1935, S. 1369ff.: Dr. jur. *Ruttke,* »Erb- und Rassenpflege in Gesetzgebung und Rechtsprechung des Dritten Reiches«.

jeder sittlichen Grundlage entkleidet. Dort kann die Ehe wie ein anderer Vertrag ohne jede Förmlichkeit geschlossen oder gelöst werden.

Die deutsche Rechtsprechung vor dem 30. 1. 1933 hat deutschrechtlichem Denken nicht zur Genüge Rechnung getragen, Erb- und Rassenpflege waren der Rechtsprechung der Vergangenheit fremd, wie schlaglichtartig die Entscheidung des Reichsgerichts vom 30. 3. 1920 beweist. Dort wird in den Gründen am Schlusse ausgeführt:

> »Endlich hat die Revision noch auf die harte Lage hingewiesen, in der der Kläger sich befinde. Der Berufungsrichter hat sie nicht verkannt, er hat auch mit Recht erwogen, daß das Gesetz bewußterweise den Schutz des geisteskranken Ehegatten den Interessen des gesunden voranstellt.« (R.G.Z. Bd. 98, S. 295.)

Die Erziehung des Volkes zur Erb- und Rassenpflege bedarf langer, planmäßiger Arbeit auf weite Sicht.

Schon aus den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. *Nitsche* über »Erbpflege im Eherecht« werden Sie ersehen haben, daß in Anwendung der Erkenntnisse der Erbpflege eine Neugestaltung des Familienrechts als Teil des Sippenrechts erfolgen muß. Wie können wir diese erreichen?

Zwei Wege müssen beschritten werden:

1. Anwendung der bestehenden Gesetze nach der rassengesetzlichen Rechtsauffassung,
2. Änderung der bestehenden Gesetzgebung.

Es wird nicht möglich sein, das BGB. sofort so umzubauen, daß es unserer Rechtsauffassung in vollem Umfange entspricht; schrittweises Vorgehen wird empfehlenswert sein, daher werden wir zunächst die für die Bestandserhaltung unseres Volkes wichtigen Bestimmungen einer Änderung unterziehen müssen. Der zweite Weg der gesetzlichen Änderung wird eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen; daher müssen wir versuchen, schon unter der geltenden Gesetzgebung unserer Gedankenwelt in Rechtsprechung und Verwaltung da zum Siege zu verhelfen, wo sich hierzu rechtlich eine Möglichkeit bietet. Hierbei wird es gerade auf eine richtige Mitarbeit des Arztes, insbesondere des Psychiaters und Neurologen bei seiner Gutachtertätigkeit ankommen. Gelegentlich finde ich in von Ärzten abgegebenen Gutachten immer noch allgemeine Redewendungen wie etwa:

> »Der Vater sowie der Onkel des Beklagten sollen an Debilität gelitten haben, wie Zeugenaussagen aus der Verwandtschaft des Beklagten beweisen.«

Es muß verlangt werden, daß in solchen Fällen das Gericht zu genauen Feststellungen, ob tatsächlich bestimmte Erbkrank-

heiten vorhanden sind, mit Unterstützung des Gutachters kommt. Der mit der Erstattung des Sachverständigengutachtens beauftragte Arzt muß sich daher die für sein Gutachten benötigten Unterlagen, wie Krankengeschichten usw., gegebenenfalls mit Hilfe des zuständigen Gerichtes, beschaffen. Ein Gutachten kann niemals durch Ausführungen in Schriftsätzen widerlegt werden, sondern nur durch ein anderes Gutachten, gebenenfalls durch ein sogenanntes Obergutachten.

Vergessen wir niemals, daß Verwaltung und Rechtsprechung von der Notwendigkeit der Erb- und Rassenpflege überzeugt sein müssen. Aufklärungsvorträge über die Notwendigkeit der Erbpflege sind zwecklos, wenn in den entscheidenden Augenblicken das Gegenteil von dem geschieht, was in Reden und Schriften vorgetragen wird. Der nicht verbildete Volksgenosse hat ein sehr feines Empfinden für den Unterschied von Worten und Taten. Je schneller es uns gelingt, die Bestandsaufnahme wenigstens des kranken Erbgutes unseres Volkes der Staatsführung vorzulegen, um so eher wird es möglich sein, die Maßnahmen für die Sicherstellung der für uns notwendigen erbgesunden, rassisch wertvollen, kinderfrohen Familien durchzuführen. Daher muß der Staat von seinen Vertretern verlangen, daß sie jetzt jede Gelegenheit zur Förderung der Bestandsaufnahme unseres Erbgutes ausnutzen und sich nicht hinter Gesetzesbuchstaben verschanzen. Deshalb muß für jedes Gericht, für jede Verwaltung der Grundsatz gelten: liegt Verdacht einer Erbkrankheit vor, dann sind von Amts wegen die erforderlichen Ermittlungen in Zusammenarbeit mit den hierfür in Frage kommenden Stellen unverzüglich in die Wege zu leiten. Richtungweisend sind in diesem Zusammenhang der Erlaß des Reichsjustizministers vom 15. 12. 1933 — II r 2987 Sf — über die Zusammenarbeit zwischen Strafverfolgungsbehörden und Erbgesundheitsgerichten, veröffentlicht im Erläuterungswerk »Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« von *Gütt, Rüdin, Ruttke,* 1. Auflage, Seite 175, ferner der Runderlaß des Reichsjustizministeriums und des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern über Auskunftserteilung durch Erbgesundheitsgerichte und Gesundheitsämter, vom 26. 8. 1935 (Reichsjustizministerium IVb, 5018; Reichs- und Preußisches Ministerium des Innern, IVf, 4450 — II/1079), veröffentlicht in »Deutsche Justiz«, 1935, S. 1256, und die Ausführungsverordnung des Reichsjustizministeriums vom 10. 5. 1935 (VIa 12687) Deutsche Justiz S. 730, betreffend Aussetzung der Vernichtung von Akten.

Nach den soeben vorgetragenen Gedankengängen muß die Entscheidung des Reichsgerichts vom 28. 2. 1935 — IV 332/34 — als völlig abwegig bezeichnet werden, die in einer Eheanfechtungsklage wegen Erbkrankheit einem Arzt das Recht der Auskunfts-

verweigerung zugesteht, weil er an die im § 300 StGB. festgelegte ärztliche Schweigepflicht gebunden wäre. Das ist Auffassung der Vergangenheit. Die für den Staat notwendige Erbpflege verlangt in solchen Fällen Klarstellung von Amts wegen. Die Entscheidung des Reichsgerichts ist Buchstabenrechtsprechung und bedeutet eine Verletzung deutschen Rechtsgefühls. Sie verkennt, daß das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses nur eine Maßnahme der ausmerzenden Erbpflege in bestimmten Fällen ist. Es werden ja nicht einmal alle schweren Erbkrankheiten durch dieses Gesetz erfaßt. Einem erbgesunden Volksgenossen kann grundsätzlich nicht zugemutet werden, sein ganzes Leben an einen erbkranken Ehegatten gebunden zu sein, es sei denn, es wären besondere Umstände gegeben. Dem erbgesunden Ehegatten muß die Möglichkeit eröffnet werden, mit einem anderen erbgesunden Ehegatten eine kinderfrohe Familie gründen zu können. Die gegenteilige Ansicht widerspricht der Sittenauffassung des Nationalsozialismus. Jeder Volksgenosse hat die sittliche Verpflichtung zur Arbeitsleistung nach bestem Wissen und Können und zur Lebensleistung, d. h. zur Aufzucht einer Schar erbgesunder, rassisch wertvoller Kinder. Kein Vertreter des Staates darf die Hand dazu bieten, ihn an der Erfüllung dieser Pflichten, insbesondere der letzteren, zu hindern. Jeder Richter, der in irgend einem Verfahren auf angebliche Erbkrankheit stößt, hat von Amts wegen die erforderlichen Ermittlungen anzustellen oder dafür zu sorgen, daß sie angestellt werden. Dieser Verpflichtung darf er sich nicht entziehen. Der Arzt, insbesondere der Psychiater und Neurologe, muß hierbei den Gerichten behilflich sein. Sollten sich Schwierigkeiten ergeben, weil Gerichte oder andere Behörden aus Formalgründen glauben, die erforderlichen Anordnungen oder Feststellungen nicht vornehmen zu können, so ist auf den übergesetzlichen Notstand, der hier vorliegt, hinzuweisen. Das Reichsgericht hat in einer in Band 62 (RGSt.) S. 137/138 veröffentlichten Entscheidung in den Gründen folgendes gesagt:

> »Die Anerkennung des Rechtfertigungsgrundes des übergesetzlichen Notstandes beruht auf dem Rechtsgrundsatz, daß es dann, wenn zwei rechtlich geschützte Güter in Widerstreit geraten, und so eins nur auf Kosten des anderen erhalten werden kann, nicht gegen die Rechtsordnung verstößt, also nichts Rechtswidriges ist, das Höherwertige auf Kosten des Minderwertigen zu wahren.«

Es mag hier unerörtert bleiben, ob man der Auffassung des Reichsgerichts über die Güterabwägungsauffassung beitritt oder nicht. Auf jeden Fall müssen Rechtsprechung und Verwaltung für Erb- und Rassenpflege eintreten.

Ein unter Verwendung der ständig sich vermehrenden Ergeb-

nisse der menschlichen Erblichkeitsforschung arbeitender Arzt wird um so eher bei Gerichten und anderen Behörden Verständnis finden, je mehr er seine Gutachten vom Gesichtspunkt der Erb- und Rassenkunde und Erb- und Rassenpflege unterbaut und überall darauf hinweist, daß gerade die Rechtsauffassung des Nationalsozialismus, die rassengesetzliche Rechtslehre, überall die Verwertung der Erkenntnisse der Erb- und Rassenpflege verlangt.

Die von mir vorgetragenen Gedankengänge werden insbesondere zur Darstellung kommen müssen, wenn eine Ehe auf Grund von § 1333 BGB. von einem Ehegatten angefochten wird, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden. Als persönliche Eigenschaften müssen auch Erbkrankheiten, insbesondere Geisteskrankheiten und Geistesschwäche, d. h. Idiotie, Imbezillität, Debilität und die heredodegenerativen Nervenkrankheiten angesehen werden. Entscheidend muß die Feststellung einer Erbkrankheit sein. Der Zeitpunkt des in Erscheinungtretens der Erbkrankheit ist von untergeordneter Bedeutung. Es geht nicht an, wie einmal in einer Entscheidung gesagt wurde, daß frühere Geisteskrankheit keinen Eheanfechtungsgrund abgebe. In solchen Fällen ist festzustellen, ob eine Erbkrankheit vorliegt oder nicht. Die Zusammenarbeit mit den Abteilungen Erb- und Rassenpflege bei den Gesundheitsämtern wird notwendig sein, weil dort immer mehr und mehr Unterlagen über erbkranke Sippen zusammenkommen werden. Besonders möchte ich auch auf das Thüringische Landesamt für Rassewesen, Weimar, hinweisen, ferner auf die Abteilung Erbgesundheits- und Rassenpflege bei der Hessischen Ärztekammer, Gießen, auf das Rhönaufbauwerk (Dr. *Hellmuth*-Plan) und auf die Abteilung für Erb- und Rassenpflege beim Gau Kurmark des Rassenpolitischen Amtes der NSDAP., Potsdam, Alte Zauche, Landesanstalt, die mit ihren Arbeiten zur Feststellung erbkranker Sippen besonders viel geleistet haben. Im übrigen verweise ich auf die jetzt erscheinende Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst, in der auch die Richtlinien über die ärztliche Untersuchung der Ehestandsdarlehnsbewerber in Band I a, Seite 187ff., abgedruckt sind. In allen den Fällen, in denen die Versagung eines Ehestandsdarlehns aus erbgesundheitlichen Gründen entsprechend den Richtlinien des Reichs- und Preußischen Ministeriums des Innern erfolgt, sollte auch eine Eheanfechtung möglich sein.

Das, was grundsätzlich zu § 1333 BGB. gesagt worden ist, gilt auch für § 1569 BGB., nach welchem ein Ehegatte auf Scheidung klagen kann, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit

verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist. Auch hier sind im Gutachten stets Gesichtspunkte der Erbkunde und Erbpflege zu verwenden. Eine Voraussetzung für das Bestehen der geistigen Gemeinschaft muß auch die Möglichkeit der Zeugung erbgesunden Nachwuchses sein. Erbgesundheitliche Betrachtungen haben bei der Anwendung dieses Paragraphen im Vordergrund zu stehen. Erfreulicherweise stellt sich die Rechtsprechung immer mehr in den Dienst der Erbpflege, wie die im folgenden angeführten Beispiele beweisen:

Selbstverschuldeter unheilbarer Morphinismus ist ein Scheidungsgrund. Düsseldorf, 26. 11. 34, JW. 35, 226.

Das Wesen der Ehe wird dadurch bestimmt, daß sie nicht eine Privatangelegenheit der Ehegatten ist, sondern im Dienste der Volksgemeinschaft Kultur und Volkstum fördern muß. Karlsruhe, 20. 11. 34, JW. 35, 372.

Eine Abweichung der weiblichen Geschlechtsorgane von der Norm rechtfertigt die Eheanfechtung schon dann, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit Unfruchtbarkeit anzunehmen ist. (RG. IV, 14. 3. 35, 328/34.)

Ein Ehegatte (Methodist), der aus religiösen Gründen Arbeit ausschlägt und dadurch den Unterhalt seiner Familie gefährdet, macht sich einer schweren Eheverfehlung schuldig. Jena, 2. 10. 34, JW. 35, 872.

Wenn sich die Frau schuldhaft durch beharrliche Trunksucht außerstande gesetzt hat, erbgesunde Nachkommen zu erzeugen, so ist das bei der Zumutungsfrage zu berücksichtigen. RG. IV, 6. 12. 34 252/34, JW. 35, 1405.

Ein Ehegatte kann die Ehe anfechten, wenn er zwar von Straftaten des anderen Ehegatten gewußt, ihre Bedeutung aber erst daraus erkannt hat, daß gegen den anderen Ehegatten die Sicherungsverwahrung angeordnet worden ist. Jena, 12. 3. 35, JW. 35, 1446.

Besonders beachtlich ist eine Entscheidung des Landgerichts Göttingen zu § 1333 BGB. In dem dem Gericht zur Entscheidung vorliegenden Falle litt die Frau an Schizophrenie. Sie war bereits bei Eingehung der Ehe erbkrank. Zweimal mußte sie in einer Heilanstalt untergebracht werden. Das Gericht rechnet die an sich bestehende Anfechtungsfrist von 6 Monaten nach Kenntnis des Irrtums und zwar von dem Zeitpunkt an, in dem der Kläger klar erkennen konnte, um welches Leiden es sich handelt. Diese Erkenntnis hat der Kläger jedoch erst durch eine besondere Beratung empfangen können.

Ich habe Ihnen an Beispielen aus der Rechtsprechung gezeigt, wie bereits unter der jetzt bestehenden Gesetzgebung dem Gedankengut des Nationalsozialismus Rechnung getragen werden kann und muß. Über die Bestimmungen dieser beiden Paragraphen hinaus gibt es jedoch noch zahlreiche Möglichkeiten, in denen bereits jetzt die lebensgesetzliche Rechtslehre Verwirklichung finden kann. So hat in allen den Fällen, in denen im Familienrecht z. B. das Vormundschaftsgericht tätig werden muß, die Erbpflege Berücksichtigung zu finden. Je schneller es gelingt, die Rechtsprechung zum Familienrecht im Sinne der Erbpflege zu steuern, um so eher wird es dem Gesetzgeber auch möglich sein, an die notwendige Neugestaltung des Familienrechts heranzugehen, auf die nicht verzichtet werden kann. Die jüngste Rechtsprechung zu § 1569 BGB. zeigt, daß allmählich dieser nationalsozialistischen Einstellung Rechnung getragen wird.

Es ist im Schrifttum wiederholt zur Frage der Ehescheidung, der Eheanfechtung aus Gründen der Erbpflege Stellung genommen worden. Vielfach wird jedoch übersehen, für die Zukunft Vorsorge zu treffen, daß es zu Ehescheidungen und Eheanfechtungen so wenig wie möglich kommt. Die hohe Zahl der Ehelösungen in der Vergangenheit erfordert gebieterisch eine grundlegende Umstellung der Gesetzgebung in Anwendung der Erkenntnisse der Erb- und Rassenkunde, der Erb- und Rassenpflege, der Familienkunde und Familienpflege. Aus diesen Überlegungen heraus erlaube ich mir, folgende Änderungsvorschläge zu machen:

§ 1316 BGB. Abs. 1 erhält folgende Fassung:

»Der Eheschließung **muß** ein Aufgebot vorhergehen.«

Jetzt heißt es: »Der Eheschließung **soll** ein Aufgebot vorhergehen.«

Außerdem ist eine Ergänzung des § 45 des Reichspersonenstandsgesetzes vom 6. 2. 1875 notwendig, der jetzt nur die Vorlegung der Geburtsurkunden oder der Geburtsscheine in beglaubigter Form und die Zustimmungserklärung derjenigen, deren Einwilligung nach dem Gesetz erforderlich ist, verlangt. Bei besonderen Gründen kann heute der Standesbeamte die Beibringung dieser Urkunden erlassen. Dieser Paragraph müßte folgende Fassung erhalten:

»Vor Anordnung des Aufgebots sind dem Standesbeamten die zur Eheschließung gesetzlich erforderlichen Unterlagen als vorhanden nachzuweisen, insbesondere haben die Verlobten in beglaubigter Form beizubringen:

1. ihre Geburtsurkunden oder Geburtsscheine,
2. ihre Ahnentafeln bis zum 1. 1. 1800,
3. Ehetauglichkeitszeugnisse des zuständigen Gesundheitsamts,

4. zustimmende Erklärung derjenigen, deren Einwilligung nach dem Gesetz erforderlich ist.«

Der Standesbeamte kann aus wichtigen Gründen auf die Beibringung der unter Ziff. 1, 2 und 4 genannten Urkunden verzichten.«

Mit dieser so einfach erscheinenden Änderung der Gesetzgebung verankern wir Erb- und Rassenpflege und Familienpflege im Familienrecht. Damit stellen wir aber nicht nur Forderungen an die künftigen Ehegatten, sondern wir schützen sie besser, als es bisher mit einer Unzahl von Paragraphen getan wurde. Denn wir wissen, daß das gegenseitige Verstehen bis ins einzelne hinein nicht zu erreichen ist zwischen Menschen, die sich rassenmäßig gesehen entweder völlig fern stehen oder sogar widerstreben. Mit den geforderten Abstammungsnachweisen beugen wir einerseits unerwünschten Mischehen vor, zum anderen zwingen wir zu einer Erziehung zur Volkspflege[3]), die das Volk fester zusammenschließen wird. Hier wird die große Aufgabe der in Sippenämter umzubauenden Standesämter liegen. Es ist heute dem Einzelnen überlassen, wie er seine Abstammung nachweist. Auf Fahrlässigkeit oder Böswilligkeit beruhende Unrichtigkeiten sind kaum zu überprüfen. Es kommt uns ja aber nicht auf einen Beleg der Abstammung durch Urkunden an, sondern auf die Feststellung der Wahrheit der Tatsachen, auf die Beobachtung des Blühens und Vergehens deutscher Sippen, wenn wir zum Wohle des Volkes auswerten wollen, was die Ergebnisse der Wissenschaft lehren. Die Sippenämter werden die notwendige Überwachung dieser Abstammungsnachweise bringen.

Hinzu kommen — und das ist von größter Bedeutung — erbkundliche Zeugnisse eines geschulten Arztes des zuständigen Gesundheitsamtes über die Erbgesundheit der Verlobten. Das bedeutet nicht nur das Fehlen der im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses genannten Erbkrankheiten, sondern darüber hinaus das Fehlen von Krankheiten und Erbanlagen, die den Bestand der Ehe und die Begründung der Familie gefährden, oder zu erbkrankem Nachwuchs führen würden. Hier ist das Fehlen von Erbkrankheiten und Infektionskrankheiten, soweit das heute bereits wissenschaftlich möglich ist, festzustellen. Infektionskrank-

[3]) Vgl. »Muttersprache, Zeitschrift des deutschen Sprachvereins«, Nr. 11, 1935: Dr. jur. *Ruttke*, »Sprachpflege, ein Erziehungsmittel zur Erb- und Rassenpflege«: »Volkspflege ist die Anwendung der Volkskunde auf das deutsche Volk selbst. Wir verstehen darunter die Maßnahme, die notwendig ist, um ein Volk zur Höchstentfaltung der ihm innewohnenden Kräfte unter Berücksichtigung der artgemäßen Erb- und Rassenpflege zu bringen, wobei auch alles das zu berücksichtigen ist, was wir mit dem Begriff Unwägbarkeiten erfassen«.

heiten werden Beachtung finden müssen, soweit sie eine Gefährdung des anderen Ehegatten und des künftigen Nachwuchses bedeuten. Bei dem Wissen um die Bedeutung der Ehe glaube ich, über Bewertung der Krankheiten und Erbkrankheiten im einzelnen hinweggehen zu können. Wesentlich aber ist, daß der Arzt nicht nur die Eignung eines Verlobten zur Ehe im allgemeinen festzustellen hat, sondern daß er feststellen muß, ob er gerade diese beiden vor ihm stehenden Menschen für tauglich hält, miteinander die Ehe einzugehen. Artmerkmale, Rassezugehörigkeit, körperliche Übereinstimmung hat er zu beachten. Er wird damit im wahrsten Sinne des Wortes zum Hüter der Zukunft.

Eine Eheschließung ohne Ehetauglichkeitszeugnis muß zum Wohle des Volksganzen als unzulässig bezeichnet werden. Es müßte Sitte werden, bereits vor der Verlobung solche Ehetauglichkeitszeugnisse auszutauschen. Um die Rechtssicherheit zu gewährleisten, wird es notwendig sein, bei Ablehnung der Ausstellung eines Ehetauglichkeitszeugnisses durch das zuständige Gesundheitsamt die Erbgesundheitsgerichtsbarkeit einzuschalten und zwar in der Form, daß zunächst das Erbgesundheitsgericht entscheidet und bei Ablehnung als letzte Instanz das Erbgesundheitsobergericht.

Im übrigen müssen wir daran denken, daß der Staat von sich aus nur die Wege für die Erb- und Rassenpflege freimachen kann. Die sich ihrer Verantwortung bewußten Familien und Sippen müssen von sich aus dafür Sorge tragen, daß ihre Nachkommen eine richtige Gattenwahl im Sinne der Erb- und Rassenpflege vornehmen. Auch hier wird der Arzt die Familien richtig und rechtzeitig beraten müssen, insbesondere erwächst auch dem Psychiater und Neurologen hier in der Zukunft eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe, denn die Erziehung zum Gedanken der Erb- und Rassenpflege setzt eine lange und planmäßige Arbeit voraus, damit Fehlgriffe in der Gattenwahl allmählich mehr und mehr vermieden werden.

Bei der künftigen gesetzlichen Regelung ist der Eheschließung die Ehelösung gegenüberzustellen. Dabei ist nur zu unterscheiden zwischen Eheanfechtung und Ehescheidung. Da der Erfolg der Anfechtung ebenfalls die Nichtigkeit ist, ist es nicht zweckmäßig, neben der Eheanfechtungsklage auch noch die Ehenichtigkeitsklage zuzulassen. Es genügt die Eheanfechtungsklage. Hier wäre folgende Fassung zu wählen:

»1. Eine Ehe kann von dem Ehegatten aus einem wichtigen Grunde, der ihn bei der Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung der Ehe von der Eheschließung abgehalten haben würde, angefochten werden.

2. Der Staatsanwalt hat von Amts wegen eine Ehe anzufechten, die nicht der dem deutschen Volke artgemäßen

Erb- und Rassenpflege entspricht, es sei denn, daß die Eheanfechtung bereits nach Abs. 1 erfolgt.

3. Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn aus einem besonderen Grund die Ehe so tief zerrüttet ist, daß die Wiederherstellung einer dem Wesen der Ehe entsprechenden Lebensgemeinschaft nicht mehr erwartet werden kann.«

Wird dieser Wortlaut gewählt, dann ist ein besonderer Paragraph für die Ehescheidung wegen Ehebruches nicht notwendig, denn diese Fälle werden bereits durch die von mir vorgeschlagene Fassung erfaßt. Auch brauchen wir uns dann nicht in Einzelheiten einzulassen, in welchen Fällen nun trotz vorliegendem Ehebruch eine Ehescheidung nicht in Frage kommen kann.

Je ein Paragraph für Eheanfechtung und Ehescheidung muß genügen. Die vorgeschlagene Regelung trägt auch allen für die Erb- und Rassenpflege notwendigen Gesichtspunkten Rechnung.

Ich bin mir klar darüber, daß meine Gesetzesänderungsvorschläge zunächst nur eine Zielsetzung bedeuten. Der Gesetzgeber wird erst dann an einen so umfassenden Umbau des Familienrechtes ausschließlich nach den Notwendigkeiten der Erb- und Rassenpflege herangehen können, wenn diese Gedankenwelt noch tiefer im deutschen Volksbewußtsein verankert worden ist. Auch muß dafür Sorge getragen werden, daß alle die Stellen, die in Staat und Bewegung in der Erb- und Rassenpflege tätig sind, mit Volksgenossen besetzt werden, die über die notwendigen Kenntnisse auf dem Gebiet der Erb- und Rassenpflege, der Erb- und Rassenkunde, der Familienkunde und Familienpflege, der Volkskunde und Volkspflege verfügen. Daß es seit dem 30. 1. 1933 noch nicht möglich gewesen ist, die für diese Arbeiten benötigten Volksgenossen gründlichst auszubilden, ist eine Selbstverständlichkeit. Wir können auf allen Gebieten nur schrittweise vorangehen und sollten uns vor überstürzten Maßnahmen hüten.

Drei Leitsätze müssen vor das Familienrecht gesetzt werden:

1. Erbgesunde, für das deutsche Volk rassisch wertvolle, kinderfrohe Familien in ausreichender Zahl sind die Voraussetzung für das ewige Leben unseres Volkes;
2. Jeder erbgesunde, rassisch wertvolle Volksgenosse ist zur Familiengründung verpflichtet;
3. Die Ehe verpflichtet und berechtigt zur gegenseitigen Treue und zum Kinderreichtum.

Wenn der umfassende Umbau des Familienrechts ausschließlich nach Gesichtspunkten der Erb- und Rassenpflege erfolgt ist, dann, glaube ich, werden wir zu einem deutschen Familienrecht kommen, das Gewähr bietet für die Zukunft des deutschen Volkes. Vergessen wir jedoch nicht, daß noch so klug erdachte gesetzliche Bestimmungen zwecklos sind, wenn nicht die wertvollsten Schichten

des Volkes mit einem Lebensstil vorangehen, der den obenerwähnten Leitsätzen entspricht. Familienpflege, Erb- und Rassenpflege und Kinderfrohsinn müssen vorgelebt werden. Eine auf Erb- und Rassenpflege aufgebaute Familienpflege ist ein besserer Schutz für die Ehe als zahlreiche Paragraphen. Da gerade die familienrechtlichen Bestimmungen tief im Volksbewußtsein verwurzelt sein müssen, ist zur Herbeiführung der Volksverbundenheit die größtmögliche Beschränkung auf eine kurze, aber klare und allgemeinverständliche Fassung der gesetzlichen Bestimmungen in lebendiger Sprache notwendig. Beherzigen wir endlich die Worte eines Vorkämpfers für Rasse und Recht, *Ludwig Kuhlenbeck*, der in seinem 1913 im Verlag I. F. Lehmann, München, erschienenen Werk: »Die Entwicklungsgeschichte des Römischen Rechts«, Bd. 2, S. 99 über Ehescheidung sagt:

> »Nichts ist verkehrter als ein Schluß vom Familienrecht auf das Familienleben; gerade durch die unbeschränkte Gewalt des Hausherrn solle das innere Leben der Familie gegen 'die dürre Prosa des Rechts' geschützt werden. Die Erörterung 'ehelicher Pflichten' vor einem Gerichte, wie es das moderne Scheidungsrecht so oft mit sich bringt, wäre für das altrömische Freiheitsgefühl und für das sittliche Zartgefühl unerträglich gewesen; gerade durch die rechtlich unbeschränkte Gewalt des Hausherrn war 'der Charakter des römischen Hauses als einer Stätte des Friedens und eines unantastbaren Zufluchtsortes' am besten gesichert. 'Quam multa pietas humanitas, liberalitas exigunt, quae omnia extra tabulas publicas sunt', schreibt Seneca (de ira II, 27), und man kann in Erinnerung an ein Wort des Tacitus in der Germania geradezu behaupten, daß das Bedürfnis einer gesetzlichen Regelung des Ehe- und Familienrechts im umgekehrten Verhältnis zu der tatsächlichen Gesundheit desselben steht, wie ja auch der Gebrauch von Arzneimitteln am deutlichsten die Erkrankung des Leibes bezeugt.«

Bei Verwirklichung meines Vorschlages müßten die Vorschriften über Ehehindernisse in Fortfall kommen; denn sie sind durch die Einführung der Ehetauglichkeitszeugnisse überflüssig geworden. Ehehindernisse entstammen ja auch einer Weltanschauung, der Erb- und Rassenpflege wesensfremd sind. Sie sind kein Bestandteil germanischen oder indogermanischen Rechts, sondern kanonischen Ursprungs.

Ebenso müssen die §§ 1575, 1576, 1586 BGB., welche neben dem Scheidungsrecht das Recht auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft geben, wegfallen. Sie entsprechen nicht nationalsozialistischer Auffassung. Eine Ehe, die nicht Ehegemeinschaft ist, ist keine Ehe und muß daher aufgelöst werden. Das Gedankengut

der Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft ist nicht germanisches, sondern kanonisches Recht. Die Aufhebung dieser Paragraphen kann um so eher erfolgen, als von dieser Rechtseinrichtung in der Vergangenheit nur sehr wenig Gebrauch gemacht worden ist.

Über medizinische oder rassenhygienische Einzelheiten bei der Ausstellung von Ehetauglichkeitszeugnissen brauche ich nichts zu sagen, weil Herr Prof. *Nitsche* hier bereits das Wichtigste angedeutet hat.

Im übrigen verweise ich noch auf:

Gütt, Bevölkerungs- und Rassenpolitik, Industrieverlag Spaeth & Linde, Berlin 1935 und auf das Sammelwerk

Gütt-Möbius, Handbücherei des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Carl Heymanns Verlag, Berlin 1935. Bisher erschienen Band I und Ia, Der öffentliche Gesundheitsdienst.

Bemerken möchte ich außerdem, daß der Weg für eine Neugestaltung des innerdeutschen Rechts frei geworden ist, nachdem Deutschland am 1. 6. 1934 aus den Vertragsstaaten des Haager Abkommens ausgeschieden ist.

Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz).

Vom 18. Oktober 1935.

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

(1) Eine Ehe darf nicht geschlossen werden,

a) wenn einer der Verlobten an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit leidet, die eine erhebliche Schädigung der Gesundheit des anderen Teiles oder der Nachkommen befürchten läßt,
b) wenn einer der Verlobten entmündigt ist oder unter vorläufiger Vormundschaft steht,
c) wenn einer der Verlobten, ohne entmündigt zu sein, an einer geistigen Störung leidet, die die Ehe für die Volksgemeinschaft unerwünscht erscheinen läßt,
d) wenn einer der Verlobten an einer Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses leidet.

(2) Die Bestimmung des Absatzes 1 Buchstabe d steht der Eheschließung nicht entgegen, wenn der andere Verlobte unfruchtbar ist.

§ 2

Vor der Eheschließung haben die Verlobten durch ein Zeugnis des Gesundheitsamtes (Ehetauglichkeitszeugnis) nachzuweisen, daß ein Ehehindernis nach § 1 nicht vorliegt.

§ 3

(1) Eine entgegen den Verboten des § 1 geschlossene Ehe ist nichtig, wenn die Ausstellung des Ehetauglichkeitszeugnisses oder die Mitwirkung des Standesbeamten bei der Eheschließung von den Verlobten durch wissent-

lich falsche Angaben herbeigeführt worden ist. Sie ist auch nichtig, wenn sie zum Zwecke der Umgehung des Gesetzes im Ausland geschlossen ist. Die Nichtigkeitsklage kann nur vom Staatsanwalt erhoben werden.

(2) Die Ehe ist von Anfang an gültig, wenn das Ehehindernis später wegfällt.

§ 4

(1) Wer eine verbotene Eheschließung erschleicht (§ 3), wird mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft. Der Versuch ist strafbar.

(2) Die Verfolgung wegen des vollendeten Vergehens tritt nur ein, wenn die Ehe für nichtig erklärt ist.

§ 5

(1) Die Vorschriften dieses Gesetzes finden keine Anwendung, wenn beide Verlobten oder der männliche Verlobte eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen.

(2) Die Strafverfolgung eines Ausländers nach § 4 tritt nur auf Anordnung ein, die der Reichsminister der Justiz im Einvernehmen mit dem Reichsminister des Innern trifft.

§ 6

Der Reichsminister des Innern oder die von ihm ermächtigte Stelle kann Befreiungen von den Vorschriften dieses Gesetzes bewilligen.

§ 7

Der Reichsminister des Innern erläßt im Einvernehmen mit dem Stellvertreter des Führers und dem Reichsminister der Justiz die zur Durchführung und Ergänzung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften.

§ 8

(1) Das Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

(2) Den Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 2 bestimmt der Reichsminister des Innern. Bis zu diesem Zeitpunkt ist ein Ehetauglichkeitszeugnis nur in Zweifelsfällen vorzulegen.

Berlin, den 18. Oktober 1935.

Der Führer und Reichskanzler
Adolf Hitler

Der Reichsminister des Innern
Frick

Der Stellvertreter des Führers
R. Heß

Reichsminister ohne Geschäftsbereich

Der Reichsminister der Justiz
Dr. Gürtner

Erste Verordnung zur Durchführung des Ehegesundheitsgesetzes.

Vom 29. November 1935.

Auf Grund der §§ 6 und 7 des Gesetzes zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (Ehegesundheitsgesetz) vom 18. Oktober 1935 (Reichsgesetzbl. I S. 1246) wird folgendes verordnet:

§ 1

Die Ausstellung des Ehetauglichkeitszeugnisses (Anlage 1) ist ein Teil der Eheberatung und erfolgt durch das zuständige Gesundheitsamt (Beratungsstelle für Erb- und Rassenpflege).

§ 2

(1) Zwecks Erlangung des Ehetauglichkeitszeugnisses hat sich jeder Verlobte bei dem Gesundheitsamt untersuchen zu lassen, in dessen Bezirk er seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat. Hat ein Verlobter seinen Wohnsitz im Ausland oder hält er sich längere Zeit im Auslande auf, so kann er sich bei jedem deutschen Gesundheitsamt untersuchen lassen. Das Gesundheitsamt hat Ermittlungen über die Erbgesundheit der Verlobten anzustellen.

(2) Der Verlobte kann sich auch von einem vom Reichsärzteführer hierfür zugelassenen Arzt der freien Praxis untersuchen lassen. Das Ergebnis der Untersuchung ist in einem Untersuchungsbogen (Anlage 2) niederzulegen und dem zuständigen Gesundheitsamt unmittelbar nach der Untersuchung zu übersenden. Das Gesundheitsamt hat das Untersuchungsergebnis seiner Beurteilung zugrunde zu legen.

(3) Hat einer der Verlobten seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland, so kann die Untersuchung auch durch einen ausländischen Arzt erfolgen, dessen Zuverlässigkeit durch den zuständigen deutschen Berufskonsul oder diplomatischen Vertreter nach Anhörung des zuständigen politischen Leiters der NSDAP bestätigt wird.

§ 3

Bis zum Inkrafttreten des § 2 des Gesetzes ist ein Ehetauglichkeitszeugnis nur beizubringen, wenn der Standesbeamte begründete Zweifel hat, ob ein Ehehindernis im Sinne des § 1 des Ehegesundheitsgesetzes oder des § 6 der Ersten Verordnung vom 14. November 1935 zur Ausführung des Gesetzes zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre (Reichsgesetzbl. I S. 134) vorliegt.

§ 4

Das Ehetauglichkeitszeugnis wird von dem für die Untersuchung der Braut zuständigen Gesundheitsamt ausgestellt. Ist das Gesundheitsamt nicht auch für die Untersuchung des Bräutigams zuständig, so ist das Ehetauglichkeitszeugnis erst auszustellen, wenn die Unterlagen über den Gesundheitszustand des Bräutigams vorliegen.

§ 5

Leisten die Verlobten einer Anordnung des Gesundheitsamts zur Beibringung der für ihre Beurteilung erforderlichen Nachweise keine Folge, so kann das Gesundheitsamt die Ausstellung des Ehetauglichkeitszeugnisses ablehnen.

§ 6

Besitzt nur der Bräutigam die Reichsangehörigkeit, so ist er verpflichtet, die Unterlagen für die Beurteilung der Ehetauglichkeit der Braut beizubringen.

§ 7

Das Ehetauglichkeitszeugnis wird ungültig, wenn die Ehe nicht binnen sechs Monaten seit der Ausstellung geschlossen wird. Das Gesundheitsamt kann die Frist verlängern.

§ 8

(1) Werden dem Gesundheitsamt nach Erteilung des Ehetauglichkeitszeugnisses Ehehindernisse nach § 1 des Gesetzes bekannt, so kann es das Zeugnis zurücknehmen, solange die Ehe nicht geschlossen.

(2) Die Zurücknahme ist beiden Verlobten und den für die Eheschließung zuständigen Standesbeamten mitzuteilen.

§ 9

Über die Versagung des Ehetauglichkeitszeugnisses ist den Verlobten von dem Gesundheitsamt eine Bescheinigung zu erteilen (Anlage 3).

§ 10

(1) Für die Erteilung oder die Versagung des Ehetauglichkeitszeugnisses erhebt das Gesundheitsamt von jedem Verlobten eine Gebühr von fünf Reichsmark. Bei Bedürftigkeit hat das Gesundheitsamt die Gebühr zu ermäßigen oder zu erlassen. Über Beschwerden gegen die Gebührenfestsetzung entscheidet die höhere Verwaltungsbehörde endgültig.

(2) Die Aushändigung des Zeugnisses oder der Bescheinigung (§ 9) kann von der vorherigen Zahlung der Gebühr abhängig gemacht werden.

(3) Die Tätigkeit des Arztes nach § 2 Abs. 2 ist kostenlos, wenn sie für eine Person, die bei einer reichsgesetzlichen Krankenkasse oder einer Ersatzkasse versichert ist, für deren anspruchsberechtigte Familienangehörigen oder für solche Personen ausgeübt wird, für die im Fall einer Krankheit die öffentliche Fürsorge eintreten muß. Das Vorhandensein dieser Voraussetzungen ist dem Arzt durch Vorlage eines Ausweises der Krankenkasse oder des Fürsorgeträgers nachzuweisen.

§ 11

Gegen die Versagung (§ 9) oder Zurücknahme (§ 8) des Ehetauglichkeitszeugnisses aus Gründen des § 1 des Ehegesundheitsgesetzes kann jeder Verlobte die Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts anrufen.

§ 12

Zuständig ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk das Gesundheitsamt seinen Sitz hat. Aus wichtigen Gründen kann das Erbgesundheitsgericht die Sache an ein anderes Erbgesundheitsgericht abgeben; die Abgabeverfügung ist für dieses Gericht bindend.

§ 13

(1) Gegen die Entscheidung des Erbgesundheitsgerichts ist binnen einer Notfrist von zwei Wochen seit der Zustellung die Beschwerde an das Erbgesundheitsobergericht zulässig. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung.

(2) Die Beschwerde kann von jedem Verlobten sowie von dem Leiter des Gesundheitsamts eingelegt werden.

§ 14

(1) Das Gericht hat von Amts wegen zu prüfen, ob ein Ehehindernis nach § 1 des Gesetzes vorliegt.

(2) Der Beschluß, daß ein solches Ehehindernis nicht vorliegt, ersetzt das Ehetauglichkeitszeugnis.

§ 15

Als Richter sind die Ärzte ausgeschlossen, die bei der Untersuchung auf die Ehetauglichkeit oder bei der Ausstellung der Bescheinigung (§ 9) mitgewirkt haben.

§ 16

(1) Ein minderjähriger Verlobter kann seine Rechte selbst wahrnehmen.

(2) Dem Antrag auf gerichtliche Entscheidung ist, wenn einer der Verlobten minderjährig ist, die nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch erforderliche elterliche Einwilligung zur Eheschließung beizufügen.

(3) Ein Pfleger wird in Ehegesundheitssachen nicht bestellt.

§ 17

Auf das Verfahren in Ehegesundheitssachen finden die Vorschriften des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 (Reichsgesetzbl. I S. 529) in der Fassung vom 26. Juni 1935 (Reichsgesetzblatt I S. 773) und seiner Ausführungsverordnungen entsprechende Anwendung.

§ 18

(1) Das Gericht kann das persönliche Erscheinen der Verlobten und ihre ärztliche Untersuchung anordnen. Ein Zwang zur Durchführung dieser Anordnungen ist nicht statthaft.

(2) Wird der Anordnung nicht Folge geleistet, so kann das Gericht die Versagung oder Zurücknahme des Zeugnisses ohne weitere Ermittlungen bestätigen.

§ 19

Der Beschluß des Gerichts ist beiden Verlobten sowie dem Gesundheitsamt unter Mitteilung der Gründe zuzustellen.

§ 20

(1) Für das gerichtliche Verfahren wird in jedem Rechtszug eine Gebühr von fünf Reichsmark erhoben. Für das Verfahren vor dem Erbgesundheitsobergericht wird die Gebühr nicht erhoben, wenn die Beschwerde von dem Leiter des Gesundheitsamts eingelegt worden ist.

(2) Auf Antrag kann der Vorsitzende die Gebühr, solange sie noch nicht gezahlt ist, ermäßigen oder erlassen, wenn die Verlobten bedürftig sind und die Rechtsverfolgung nicht aussichtslos erscheint; die Verfügung ist unanfechtbar.

(3) Sofern die Gebühr nicht erlassen ist, wird das Gericht erst nach Zahlung der im Abs. 1 bestimmten oder nach Abs. 2 ermäßigten Gebühr in der Sache tätig.

(4) Der unterliegende Verlobte hat die Auslagen des Verfahrens zu tragen. Die Vorschriften des Gerichtskostengesetzes finden Anwendung.

(5) Ist rechtskräftig festgestellt, daß ein Ehehindernis nach § 1 des Gesetzes nicht besteht, so werden die gerichtlichen Gebühren erstattet.

§ 21

Eine Wiederaufnahme des Verfahrens findet nicht statt.

§ 22

Die Ausstellung des Ehetauglichkeitszeugnisses kann frühestens sechs Monate, nachdem der Beschluß des Gerichts rechtskräftig geworden ist, erneut beim Gesundheitsamt beantragt werden.

§ 23

Das Aufgebot darf erst angeordnet werden, wenn dem Standesbeamten das Ehetauglichkeitszeugnis vorgelegt worden ist. § 3 findet Anwendung.

§ 24

§ 1 des Ehegesundheitsgesetzes steht der Eheschließung nicht entgegen, wenn die Ehe nach § 50 des Personenstandsgesetzes vom 6. Februar 1875 (Reichsgesetzbl. S. 23, 33) wegen lebensgefährlicher Erkrankung eines Verlobten ohne Aufgebot geschlossen werden darf.

§ 25

Die Unfruchtbarkeit einer Frau, die über 45 Jahre alt ist, braucht im Fall des § 1 Abs. 2 des Gesetzes nicht nachgewiesen zu werden.

§ 26

Lehnt der Standesbeamte vor dem Inkrafttreten des § 2 des Gesetzes das Aufgebot ab, weil das von ihm geforderte Zeugnis nicht beigebracht wird, so ist eine Anrufung des Gerichts (§ 11 Abs. 3 des Personenstandsgesetzes) ausgeschlossen.

§ 27

Bis zum Inkrafttreten des § 2 des Gesetzes darf, wenn auch nur ein Verlobter seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, der Standesbeamte die Ausstellung eines Ehefähigkeitszeugnisses nicht von der Beibringung eines Ehetauglichkeitszeugnisses abhängig machen.

§ 28

Die Nichtigkeit einer entgegen dem § 1 des Ehegesundheitsgesetzes geschlossenen Ehe kann nur im Wege der Nichtigkeitsklage geltend gemacht werden.

§ 29

Auf Staatenlose, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, findet das Ehegesundheitsgesetz keine Anwendung, es sei denn, daß die Ehe in Deutschland geschlossen wird.

§ 30

(1) In besonderen Ausnahmefällen kann die höhere Verwaltungsbehörde nach Richtlinien, die vom Reichsminister des Innern im Einvernehmen mit dem Stellvertreter des Führers erlassen werden, Befreiungen von den Vorschriften der §§ 1 und 2 des Gesetzes bewilligen.

(2) Gegen die Ablehnung des Befreiungsgesuchs ist Beschwerde an den Reichsminister des Innern zulässig.

(3) Der Reichsminister des Innern kann in Fällen bestimmter Art und in Einzelfällen über Befreiungsgesuche selbst entscheiden.

Berlin, den 29. November 1935.

Der Reichsminister des Innern

Frick

Der Stellvertreter des Führers

R. Heß

Reichsminister ohne Geschäftsbereich

Der Reichsminister der Justiz

Dr. Gürtner

Kleinere Mitteilungen.

Das finnische Erbgesundheitsgesetz von 1935.

Nachdem seit 1929 in Finnland die Frage einer Unfruchtbarmachung Erbkranker und gewisser Krimineller lebhaft erörtert wurde und immer dringlicher der Ruf nach Einführung eines Erbgesundheitsgesetzes erscholl, ist am 13. Juni 1935 ein »Unfruchtbarmachungsgesetz« ergangen. Am gleichen Tage hat der finnische Staatspräsident hierzu eine Durchführungsverordnung erlassen, die die einzelnen Bestimmungen des Gesetzes näher erläutert.

Nach § 1 des neuen finnischen Gesetzes soll ein Idiot, Imbeziller, Geisteskranker oder Epileptiker, wenn Anlaß zu der Befürchtung besteht, daß seine Gebrechen sich auf seine Nachkommen vererben könnten, desgleichen ein Geisteskranker, Geistesschwacher oder Kretin, von dem es wahrscheinlich ist, daß infolge seines Gebrechens seine Kinder bei ihm der Pflege und Erziehung entbehren müßten, auf Grund einer Anordnung der Medizinalverwaltung unfruchtbar gemacht werden. Ebenfalls soll Unfruchtbarmachung angeordnet werden, wenn jemand rechtskräftig wegen eines Verbrechens oder Vergehens verurteilt worden ist, aus dem hervorgeht, daß sein Geschlechtstrieb abnorm stark oder pervertiert ist, und begründete Befürchtung vorliegt, daß er für andere Personen gefährlich werden kann. § 1 der Durchführungsverordnung erläutert den Kreis der Unfruchtbarzumachenden dahin: Unter einem Schwachsinnigen (Idioten) ist eine Person mit mangelhaft entwickelten Geistesfähigkeiten, deren geistige Entwicklung die eines sechsjährigen normalen Kindes nicht übersteigt, unter einem Geistesschwachen (Imbezillen) eine Person, deren geistige Entwicklung die eines Vierzehnjährigen nicht überschreitet, und unter einem Geisteskranken eine Person, die an einer chronischen oder periodischen Schizophrenie, an manisch-depressivem Irresein oder an einer anderen erblichen Geisteskrankheit leidet, zu verstehen.

Wenn auch vom Gesetz (§ 3) bestimmt wird, daß bei Verheirateten dem anderen Ehegatten, bei Entmündigten dem Vormund Gelegenheit zu geben sei, sich zur Sache zu äußern, so hat doch in diesen Fällen die Medizinalverwaltung, falls alle Voraussetzungen gegeben sind, Unfruchtbarmachung anzuordnen und gegebenenfalls zwangsweise durchführen zu lassen. Über diese Möglichkeiten des Zwanges hinaus wird dann noch ein Fall freiwilliger Unfruchtbarmachung vorgesehen; § 2 ordnet an: Die Unfruchtbarmachung einer gerichtlich handlungsfähigen Person soll, auch wenn die in § 1 geforderten Bedingungen nicht vorliegen, auf ihren Antrag hin dennoch zugelassen werden, sofern die Befürchtung begründet erscheint, daß aus einer Ehe dieser Person minderwertige Kinder hervorgehen würden oder daß sie infolge ihres abnorm starken oder pervertierten Geschlechtstriebs Delikte begehen könne.

Unter dem Begriff »Unfruchtbarmachung« versteht Finnland zwei Eingriffe verschiedener Art: 1. Die Unfruchtbarmachung im eigentlichen Sinne. — Fortpflanzungsverhütung — (Vasektomie bzw. Salpingektomie) und 2. die »Entfernung der Geschlechtsdrüsen« — Kastration — (§ 5 Durchführungsverordnung). Kastration soll nur bei sexuell abnorm veranlagten und gefährlichen Rechtsbrechern sowie bei Personen, die darin

einwilligen und bei denen besondere Gründe (z. B. sexuelle Perversion) dafür sprechen, zur Anwendung kommen (§ 6 des Gesetzes). Vollendung des 21. Lebensjahres ist Voraussetzung für Vornahme der Entmannung (§ 5 der Durchführungsverordnung).

Während wir über die Notwendigkeit einer Unfruchtbarmachung in einem besonderen, gegebenenfalls zwei Instanzen durchlaufenden Gerichtsverfahren entscheiden lassen, hat Finnland einen anderen Weg gewählt: Es überläßt die Anordnung oder Genehmigung dieser Maßnahme einer Verwaltungsbehörde — der Medizinalverwaltung — (§ 3 des Gesetzes). Diese hat eingehende Ermittlungen vorzunehmen, muß Sachverständigengutachten einholen und hat erforderlichenfalls von Amts wegen oder auf Antrag des Betroffenen Zeugen durch das untere Gericht vernehmen zu lassen (§ 5 des Gesetzes, § 2 Durchführungsverordnung). Im übrigen ist aber die Entscheidung ganz in das Ermessen dieser Medizinalbehörde gestellt. Es wird zwar vorgesehen, daß gegen die Anordnungen der Medizinalverwaltung Beschwerden beim höchsten Gericht zulässig sind (§ 8 des Gesetzes), diese Beschwerden betreffen aber nur formelle Rechtsfragen und berühren den sachlichen Gehalt der medizinalbehördlichen Entscheidung in keiner Weise.

Schließlich wird noch vorgesehen, daß die Unfruchtbarmachung von einem Arzt in einem staatlich dazu ermächtigten Krankenhause auszuführen ist (§ 7 des Gesetzes).

Die finnische Erbgesundheitsgesetzgebung sichert also die Rechte des Betroffenen in jeder Weise und beugt Mißbräuchen vor; andererseits tritt aus ihr aber auch sichtbar das Streben hervor, möglichst weitgehend und energisch den Kreis der Erbkranken und gefährlichen Rechtsbrecher zu erfassen. Bemerkenswert an dem neuen Gesetz ist vor allem, daß nicht nur erbgesundheitliche Momente allein, sondern auch eugenisch-soziale Gesichtspunkte für die Anordnung einer Unfruchtbarmachung ausreichend sein können. *Bruno Steinwallner*, Bonn.

Zur Frage der Sterilisierung in England.

Auch in England sind energische Bestrebungen im Gange, ein Unfruchtbarmachungsgesetz zu schaffen. Ein entsprechender, vom Board of Control ausgearbeiteter Entwurf liegt bereits dem Parlament vor (vgl. Report of the Departmental Committee on Sterilisation, 1934). Eugenische Unfruchtbarmachung (und zwar Vasektomie bzw. Salpingektomie) wird anerkannt, Entmannung (Kastration) dagegen schärfstens abgelehnt. Unfruchtbarmachung soll vor allem bei »mental deficiency« und »mental disorder«, soweit es sich hierbei um Erbkrankheiten handelt, in Betracht kommen. Der Begriff »mental deficiency« entspricht etwa unserem Schwachsinn, unter »mental disorder« begreift man ganz allgemein die verschiedenartigste Störung des Geistes, der vorher normal funktionierte (für die Unfruchtbarmachung kommt hier insbesondere manisch-depressives Irresein, Schizophrenie und Epilepsie in Frage). Weiter sollen auch körperliche Mißbildungen und gewisse Formen der Blindheit, Taubstummheit, Kurzfingrigkeit und Hämophilie erfaßt werden. Zwang wird kategorisch abgelehnt, es soll nur freiwillige Unfruchtbarmachung eingeführt

werden. England schätzt die Zahl seiner Unfruchtbarzumachenden auf etwa 300000 Personen. Vor Ausarbeitung des Entwurfs wurden 60 Sachverständige gehört; nur 3 von diesen 60 Gutachtern waren grundsätzlich gegen die Unfruchtbarmachung. Danach darf man annehmen, daß auch in England ein Unfruchtbarmachungsgesetz bald Wirklichkeit werden wird.

Bruno Steinwallner, Bonn.

Eugenisch Bemerkenswertes aus der lettischen und isländischen Gesetzgebung.

Eugenische Gedanken dringen in immer stärkerem Maße in die Gesetzgebungen der einzelnen Völker ein. Nicht nur, daß besondere Unfruchtbarmachungsgesetze von Jahr zu Jahr zahlreicher werden, sondern Gesichtspunkte der Erbgesundheitspflege beginnen sich auch andere Rechtsgebiete zu erobern. Bemerkenswert in dieser Hinsicht ist ein am 22. 3. 1935 in Lettland erlassenes Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch, durch das die entsprechenden Bestimmungen des lettischen Strafgesetzbuchs grundlegend neugestaltet werden. Danach ist dem Arzt zunächst eine Schwangerschaftsunterbrechung erlaubt, um von der Schwangeren eine Lebensgefahr oder schwere Gesundheitszerrüttung abzuwenden. Sodann wird vorgesehen, daß die Tötung der Leibesfrucht dann rechtmäßig sein solle, wenn sie erfolgt, um die Geburt eines Kindes mit schweren geistigen oder körperlichen Gebrechen in den vom Medizinalgesetz vorgesehenen Fällen oder um die Geburt eines Kindes, das unter bestimmten verbrecherischen Umständen (und zwar: Verführung, Blutschande, Notzucht, Beischlaf mit Minderjährigen, Geisteskranken oder Widerstandsunfähigen) empfangen wurde, zu verhindern. Das erwähnte Medizinalgesetz hat am 30. 4. 1935 eine Ergänzung erfahren, durch die diese Bestimmungen für den Arzt näher erläutert werden. Danach ist es dem Arzt erlaubt, auf Wunsch der Schwangeren oder, wenn sie minderjährig ist, auf Verlangen der Eltern oder des Vormunds in den ersten 3 Monaten der Schwangerschaft eine Fruchttötung vorzunehmen, wenn die Schwangere oder der Vater des empfangenen Kindes 1. an einer unheilbaren oder schwer heilbaren geistigen Erkrankung leidet, die gewöhnlich durch Vererbung auf das Kind übergeht, 2. ein anderes schweres geistiges oder körperliches erbliches Gebrechen hat, oder 3. an einer Syphilis im Stadium der Ansteckungsfähigkeit krankt. Für den Fall einer Schwangerschaftsunterbrechung aus strafrechtlicher Indikation wird noch vorgesehen, daß der Arzt eine Fruchttötung erst dann vornehmen darf, wenn die Ausführung eines Sittlichkeitsverbrechens von der Gerichtsbehörde anerkannt ist.

Gewissermaßen das Gegenstück zu dieser Regelung bildet ein am 28. 1. 1935 von Island erlassenes Gesetz »über die Anleitung von Frauen zur Empfängnisverhütung und über die Unterbrechung der Schwangerschaft«. Man kann getrost behaupten, daß diese Regelung ein Musterbeispiel dafür ist, wie man die Frage nicht behandeln soll. Nach diesem eigenartigen isländischen Gesetz ist ein Arzt, der feststellt, daß es aus Krankheitsgründen für eine Frau mit Gefahr verbunden ist, schwanger zu werden, verpflichtet, sie hiervor zu warnen und ihr eine zur Verhütung der Empfängnis geeignete Anleitung zu geben. Weiter darf ein Arzt dann,

wenn es für eine Frau mit Lebens- oder Gesundheitsgefahr verknüpft ist, schwanger zu werden, auf Wunsch der Frau einen Eingriff vornehmen, der einer Schwangerschaft vorbeugt (also vor allem Salpingektomie). Schließlich sieht das Gesetz vor: Wenn einer Schwangeren mehr als 12 Wochen zur Vollendung der Schwangerschaftsperiode fehlen (das isländische Gesetz rechnet 40 Wochen als zur Schwangerschaftsperiode gehörig) — also innerhalb der ersten 28 Wochen der Schwangerschaft — und anzunehmen ist, daß ihre Gesundheit bei einer zur Lebendgeburt des Kindes erforderlichen Fortsetzung der Schwangerschaft großen Gefahren ausgesetzt wird, hat der Arzt das Recht, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Hat die Schwangerschaft über 8 Wochen gedauert, so soll der Arzt die Schwangerschaft nur abbrechen, wenn es sich um eine besonders große Gefahr handelt. Bei der Abschätzung dieser Gefahr, die der Gesundheit einer Schwangeren droht, darf u. a. darauf Rücksicht genommen werden, ob sie viele Kinder in geringen Zeitabständen und das letzte vor kurzem geboren hat, sowie darauf, ob sie unter sehr schlechten Verhältnissen mit mehreren unversorgten Kindern Armut oder ernste Krankheit leidet.

Während man die lettische Regelung im allgemeinen billigen kann, wird man die isländische aus begreiflichen Gründen schärfstens ablehnen müssen; sie ist alles andere als bevölkerungspolitisch zweckentsprechend.

Bruno Steinwallner, Bonn.

Rohracher, Hubert, Kleine Einführung in die Charakterkunde. B. G. Teubner, Leipzig, 138 S., 2,80 M. 1934.

Der Zweck des Buches ist, die Ergebnisse der wissenschaftlichen Charakterforschung möglichst kurz in allgemeinverständlicher Weise darzustellen. Besprochen werden als naturwissenschaftlich begründete Charaktersysteme die Lehren von *Kretschmer, E. R. Jaensch, Jung, Ewald, Pfahler*, als philosophisch begründete Systeme die von *Klages* und *Spranger*. Am ausführlichsten wird die Typologie von *Kretschmer* behandelt, weil sie methodisch am besten gesichert erscheint und theoretisch wie praktisch wegen ihrer Bezugnahme auf vererbungsmäßig bedingte Körpermerkmale wichtig ist.

Verf. versucht weiter, die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Systeme herauszuarbeiten und bespricht schließlich in einer Reihe von Kapiteln die Beziehungen zwischen Charakter einerseits, Vererbung, Geschlecht, Umwelt, Erziehung und Schicksal andererseits. Hinweise auf die wichtigste Literatur sind eine wertvolle Ergänzung des Buches, das eine schnelle Übersicht über das Vorhandene gibt und für eine erste Einführung in das schwierige Gebiet der Charakterkunde recht geeignet ist. *Langelüddeke* (Hamburg).

---

von Hoesslin, Über die multiple Sklerose. Exogene Ätiologie, Pathogenese und Verlauf. München, J. F. Lehmann, 109 S. Geh. RM. 5,—, Lwd. RM. 6,50. 1934.

Verf. erhielt den Antrieb zu seinen Untersuchungen durch einen Streitfall von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, bei der es sich um die Frage handelte, ob eine multiple Sklerose durch ein Trauma verursacht oder verschlimmert werden könnte oder nicht. Verf. nahm diese Möglichkeit

an, während das Gutachten einer Universitätsklinik sich in gegenteiligem Sinne aussprach. Das veranlaßte ihn, die entsprechende Literatur zu studieren und ein größeres Material aus den Münchener Kliniken zu untersuchen und dabei insbesondere folgende Fragen zu berücksichtigen:

1. Ist die multiple Sklerose eine sicher endogene Krankheit oder kann sie auch durch exogene Momente ausgelöst werden, bzw. kann eine schon bestehende, aber in einer Remission befindliche multiple Sklerose durch exogene Momente, besonders durch Traumen usw., in ihrem weiteren Verlauf beeinflußt werden oder nicht?

2. Welcher Natur müssen Traumen sein, die eine multiple Sklerose auslösen oder eine schon bestehende verschlechtern können? Welche anderen exogenen Momente müssen berücksichtigt werden?

3. Wenn Traumen oder andere exogene Einflüsse als Ursache einer multiplen Sklerose oder einer Verschlimmerung einer solchen beschuldigt werden, wie groß kann der Zeitraum zwischen den exogenen Einflüssen und dem Beginn der Krankheit bzw. deren Verschlimmerung bemessen werden, um noch einen zeitlichen Zusammenhang zwischen denselben und den Krankheitssymptomen annehmen zu dürfen?

4. Kann der schicksalsmäßige Verlauf einer multiplen Sklerose durch exogene Faktoren, insbesondere Traumen, beeinflußt werden, kann man überhaupt von einem schicksalsmäßigen Verlauf dieser Krankheit sprechen?

Diese Fragen sucht der Verf. zunächst durch eine sehr umfangreiche Verwertung der Literatur zu beantworten. Er kommt dabei zu im wesentlichen folgenden Ergebnissen:

1. »Die Entstehung der multiplen Sklerose kann vielfach auf exogene Ursachen zurückgeführt werden, ebenso Verschlimmerungen oder die Auslösung neuer Schübe der Krankheit.« Er führt besonders an »Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Graviditäten, Entbindungen, Kälteschäden, Traumen, Schreck und Aufregungen.«

2. Es kommen insbesondere unter den Traumen solche mit allgemeiner Erschütterung, Fall auf den Rücken, aber auch Verletzungen der Extremitäten ätiologisch in Betracht.

3. Als Zeit zwischen Trauma und Auslösung bzw. Verschlimmerung der Krankheit, kommen Tage, Wochen, aber auch Zeiten von $^1/_2$—1 Jahr und noch länger vor.

4. »Von einem schicksalsmäßigen Verlauf kann bei der multiplen Sklerose nicht gesprochen werden.«

Verf. meint, diese aus dem Studium der Literatur sich ergebenden Antworten seien so eindeutig, daß Zweifel nicht mehr bestehen dürften. Man wird Zweifel diesen Folgerungen gegenüber trotzdem nicht unterdrücken können. M. E. ist das Problem vom Verf. nur von einer Seite gesehen und behandelt worden. Die andere Seite ist völlig vernachlässigt, obwohl ihre Behandlung für die Beweisführung unerläßlich ist. Man müßte nämlich fragen: wieviel Menschen, die ein Trauma erlebten, die eine Gravidität, eine Entbindung durchmachten, bekommen eine multiple Sklerose? Wenn, wie *Reichardt* festgestellt hat, jährlich über 1 Million Betriebsunfälle zur Anzeige kommen (die Gesamtzahl dürfte wesentlich höher sein), wenn etwa — ganz grob gerechnet — 1 Million Geburten stattfinden, so müßte errechnet werden, ob die Zahl der Fälle mit multipler Sklerose zu diesen Zahlen in einem verwendbaren Verhältnis steht. Das ist m. E. sicher nicht der Fall.

Rechnen wir einmal mit ganz großen Zahlen: 1 Million Unfälle, 70 Millionen Einwohner. Dann läge eine Zahl von $\frac{1\,000\,000}{70}$ = rund 14000 Fälle in Deutschland noch im Bereich des Zufälligen. Erst Ziffern, die darüber hinausgingen, würden für die traumatische Genese der multiplen Sklerose verwendbar sein. Glücklicherweise wird eine solche Zahl nicht annähernd erreicht.

Daran wird auch nichts durch die Mitteilung von 516 Fällen aus den Münchener Kliniken geändert. Wenn der Verf. meint, bei den akut beginnenden 109 Fällen in 82 Fällen eine exogene Ursache festgestellt zu haben, so irrt er: er hat eine solche exogene Ursache angenommen, aber nicht festgestellt. Und wenn er unter diesen exogenen Ursachen unter anderem eine Hühneraugenoperation, eine durchtanzte Nacht, langes Üben auf dem Klavier und ähnliches anführt, so wird man davon nur als einem bedauerlichen Fehlurteil Kenntnis nehmen können. *Langelüddeke* (Hamburg).

Personalnachrichten.

Verstorben: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Dost,* früher Direktor in Hubertusburg;

Professor Dr. *Eichelberg,* Hedemünden, langjähriger Schatzmeister des Deutschen Vereins für Psychiatrie;

Professor Dr. *Hubert Prohaska,* Brünn, von einem geisteskranken Angestellten erschossen;

Professor Dr. *Ulysses Vianna* in Rio de Kaneiro.

Ernannt: Dr. *Langelüddeke,* Hamburg zum ao. Professor und zum Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Haina;

Dozent Dr. *Kurt Albrecht,* Berlin zum ao. Professor;

Oberarzt Dr. *Hussels*-Teupitz zum Direktor in Landsberg a. W.;

Dr. *G. Schorsch,* Leipzig, Psychiatrische Klinik, zum Dr. habil.;

Professor Dr. *Wagner von Jauregg* zum Ehrenmitglied des amerikanischen Vereins für Psychiatrie in Washington;

Oberarzt Dr. *Koester,* Bonn, zum Direktor der Heilstätte Roderbirken bei Leichlingen;

Dozent Dr. *Creutz,* Düsseldorf-Grafenberg zum Landesmedizinalrat und Dezernenten für die Heil- und Pflegeanstalten.

Geheimrat Professor Dr. *Wollenberg,* Breslau, feierte am 31. Juli 1935 sein 50jähriges Doktorjubiläum.

Professor Dr. *Hoche* am 1. August seinen 70. Geburtstag.

Versetzt wurde mit der Auflösung der Landesheilanstalt Nietleben Med.Rat Dr. *Brennecke* nach Pfaffenrode b. Mühlhausen.

In den Ruhestand gingen Prof. Dr. *Pfeifer,* Nietleben;

Landesobermedizinalrat Direktor Dr. *Wickel,* Haina;

Dr. *Carl von Rad,* Nürnberg, Leiter der psychiatr.-neurol. Abteilung des Allgemeinen städt. Krankenhauses.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITWIRKUNG VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH

CARL SCHNEIDER

HEIDELBERG

OFFIZIELLES ORGAN DER
PSYCHIATRISCHEN ABTEILUNG DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND NEUROLOGIE

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTUNDVIERTER BAND
SIEBENTES BIS ACHTES HEFT
AUSGEGEBEN AM 15. APRIL 1936



BERLIN UND LEIPZIG 1936

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

7./8. Heft.

Originalien.

Bericht über das Irrenwesen des Auslandes. XXV.

Kleinere Mitteilungen.

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern der psychiatrischen Abteilung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, deren Bestellungen die Gesellschaft entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Professor Dr. med. Carl Schneider in Heidelberg, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Voßstraße, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig
Direktor Prof. *P. Schröder.*)

Affektive Veränderungen bei Kindern mit organischen Hirndefekten.[1]

Von

Alfred Kögler, Leipzig

Gliederung der Arbeit:

1. Thema und Abgrenzung des Themas.

In der vorliegenden Arbeit soll über eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen berichtet werden, die als zunächst einzige Gemeinsamkeit in diagnostischer und psychopathologischer Hinsicht eine faßbare organische Hirnschädigung aufweisen. Ohne Rücksicht auf fokale Schädigungen, umschriebenen Funktionsausfall oder allgemeinere Hirnstörungen soll untersucht werden, ob und in welcher Weise sich die Erkrankung des Gehirnes hinsichtlich der affektiven Struktur der Persönlichkeit auswirkt.

Es scheint im Wesen einer besonders in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts aufkommenden allgemeinen Denkweise zu liegen, nur in der Intelligenz das wesentlich Menschliche zu sehen und damit einen Wertbegriff aufzubauen. Dementsprechend lag es nahe, Krankheitsbilder, wie die hier zu beschreibenden, mehr unter dem Gesichtspunkt einer fast immer irgendwie nachweisbaren Intelligenzstörung zu betrachten und unter der Rubrik

*) Dissertation, angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

der erworbenen Demenz mehr oder minder starken Grades einzureihen. Der erworbene Schwachsinn oder die Demenz ist aber nur ein Symptom der organischen Hirnschädigung. Das übrige an Persönlichkeitsveränderungen, was aus diesem Rahmen herausfiel, wurde dann oft als »Psychopathie« bezeichnet. *Neustadt* schreibt (Über Drangzustände bei Schwachsinnigen, Ein Beitrag zur Frage Schwachsinn und Psychopathie, S. 1): »Auch im Gebiete der psychischen Komplikationen des Schwachsinns, die noch nicht deutlich als psychotische erfaßbar sind, bot die Systematik den Ausweg in dem Begriff der psychopathischen Schwachsinnigen...«. Auf alle die Veränderungen, die nicht die »Denkschicht«, sondern die Schicht der Gefühle, des Gemütes, der gefühlsmäßigen Umweltbeziehung und den zentralen und vitalen Persönlichkeitskern in Form des Triebhaften usw. betreffen, soll es hier in erster Linie ankommen. Eine Einbeziehung des Antriebes ist dabei unumgänglich, z. B. schon für alles triebhafte Geschehen. Der Antrieb ist nur theoretisch herauslösbar und muß berührt werden, darf aber bei dieser Betrachtung tunlich im Hintergrund bleiben. Der Begriff der Affektivität ist demnach hier im weitesten Sinne des Wortes zu verstehen, und zwar als Gegensatz zu dem, was man unter das Gebiet des Intellektuellen und Denkmäßigen rechnet. Es sollen also hier unter Affekten nicht nur »komplexe Gefühlsabläufe von großer Intensität und infolgedessen auffallenden körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen (Jaspers)« verstanden werden. Für alle die oben erwähnten Veränderungen der eigentlichen Persönlichkeitsschicht sei also der zusammenfassende Begriff »affektive Veränderungen« gebraucht.

Bei jeder organischen Schädigung des Gehirnes wird natürlich auch die Intelligenz primär in mehr oder weniger starker Weise geschädigt, da bildlich ausgedrückt die Denk- und die Willensschicht, die sich zu ihrem Vollzug der Intelligenzwerkzeuge bedienen, als besonders fein konstruierte seelische Richtungen allen Läsionen gegenüber sehr empfindlich und verletzbar sind. Viel häufiger scheint es bei den vorliegenden Krankheitsbildern aber der Fall zu sein, daß die Denkschwäche nur sekundär bedingt ist, indem es sich um eine Störung der Vorbedingung der Intelligenz (Jaspers) handelt. So kann z. B. eine Aufmerksamkeitsstörung durch Unmöglichkeit der Fixierung bei einem jugendlichen Postenzephalitiker bei der Testprüfung eine erhebliche Intelligenzschwäche dort vortäuschen, wo eine solche bei genauer Beobachtung gar nicht nachweisbar ist. Innerhalb normaler Breiten bzw. für die ins Gebiet charakterlicher Abartigkeit Gehörigen prägte *Cimbal* hierfür den Begriff der »sekundären Leistungsschwäche«.

Wie für die Psychopathologie der Demenz die Abstellung nicht auf vorübergehende, sondern auf ihrem Wesen nach »Dauerveränderungen« erfolgt, so sind hier, wo es auf eine Feststellung der allgemeinen Dauerveränderungen der Persönlichkeit im affektiven Sinne ankommt, nur solche Fälle zu berücksichtigen, bei denen das akute Stadium des pathologischen Prozesses abgeklungen ist. Die Krankheit muß also — pathologisch anatomisch — abgeheilt sein oder wenigstens dem Verlauf nach im Sinne eines diffusen chronischen organischen Abbaues weiterschreiten. Es fallen also aus dem Rahmen des hier zu Untersuchenden heraus: Akute infektiöse oder toxische Hirnerkrankungen mit deliriösen oder halluzinatorischen Symptomen, frische Commotio-, Contusiofälle oder Blutungen und dergleichen. Nicht berücksichtigt werden natürlich auch alle Dämmerzustände und Ausnahmezustände; überhaupt alles, was mit Bewußtseinsveränderungen einhergeht — kurz gesagt alle sogenannten »exogenen Reaktionen« *(Bonhoeffer)* fallen weg.

Die hier zu beschreibenden psychischen Veränderungen sind nur im Vergleich zum vorher dagewesenen seelischen Zustand erfaßbar. Es kommen also schwere Anomalien wie Schwachsinnsformen für unser Thema nicht in Frage, weil eben bei diesen eine Vergleichsmöglichkeit nicht gegeben ist; es läßt sich in diesen Fällen keine Veränderung der Persönlichkeit aufzeigen.

Das Krankenmaterial bezieht sich nur auf Kinder und Jugendliche, und es wird zu erwägen sein, ob bestimmte Arten und Weisen der Veränderung für das Kind spezifisch sind, und inwieweit die Veränderung zwischen Kindern und Erwachsenen übereinstimmt.

In allen Fällen wurden psychogene Reaktionen und psychopathische Erscheinungen, die in der Charakterstruktur *(Klages)* gegeben sind, ausgeschaltet. Derartige Erscheinungen waren in den untersuchten Fällen nur in ganz vereinzelter und untergeordneter Weise feststellbar.

2. Krankenmaterial.

Das Material zu dieser Arbeit stellen 98 Patienten dar; 37 davon waren männlichen und 61 weiblichen Geschlechtes. Sämtliche Patienten sind in der Kinder- und Jugendlichenabteilung der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Leipzig untersucht und eingehend über Wochen hinaus beobachtet worden. Eine große Anzahl der Patienten kam mehrmals zur Aufnahme, so daß die Krankheitsverläufe gut beobachtet werden konnten.

a) Nach klinisch-diagnostischen Gesichtspunkten geordnet, stellt sich das Krankenmaterial wie folgt dar:

	Sa.	männl.	weibl.
1. Status postencephaliticus	20	10	10
2. Dranghafte Erethie unklarer Ätiologie	2	1	1
3. Genuine Epilepsie	30	11	19
4. Organische Anfälle von epil. Typ kryptogener Genese	8	2	6
5. Symptomatische Epilepsie (Traumat. Epil., Little (?), Jackson-Anf. n. Enceph.)	8	2	6
6. Organische Hirnschädigung unklarer Genese (Meningit.?, Enceph.?, pyramid. u. extrapyr. Hemiparese)	4	—	4
7. Lues congen. cerebro-spinalis	10	2	8
8. Tumor cerebri	3	1	2
9. Postcommotionelle Wesensänderung (Dauerveränderung)	5	4	1
10. Choreatische Wesensänderung (Dauerveränderung)	6	4	2
11. Multiple Sclerose	1	—	1
12. Hydrocephalus (Epi. Anfälle?)	1	—	1
	98	37	61

b) Lebensalter der Kranken.

Berücksichtigt wird jeweils das Alter bei der ersten Aufnahme in die Klinik. Bei Bruchteilen von Jahren werden bis zu sechs Monate zum vorhergehenden, mehr als sechs Monate zum folgenden Jahre gerechnet. Die Altersspanne reicht vom 3. bis 18. Jahre.

Die Kranken verteilen sich auf die verschiedenen Altersstufen wie folgt:

	Sa.	männl.	weibl.
3 Jahre	1	—	1
4 "	2	—	2
5 "	4	3	1
6 "	6	4	2
7 "	8	4	4
8 "	10	3	7
9 "	8	4	4
10 "	13	7	6
11 "	11	6	5
12 "	4	1	3
13 "	4	1	3
14 "	3	1	2
15 "	4	1	3
16 "	8	—	8
17 "	7	1	6
18 "	5	1	4
	98	37	61

3. Psychopathologischer Teil.

Im folgenden Abschnitt soll versucht werden, ein Bild von den psychopathologischen Veränderungen unserer Kranken zu geben. Um die Übersicht über die verschiedenen Phänomene zu erleichtern, wird eine bestimmte Ordnung zugrunde gelegt, wobei wir uns im klaren sind, daß scharfe Trennungen im Bereiche des Psychischen eine Unmöglichkeit sind, da ja häufig das eine erst die Bedingung des anderen ist und Seelisches uns erlebnismäßig immer als ein Ganzes gegeben ist.

Abschließend soll dann versucht werden, die »Grundstörung« *(Küppers)* des hirnorganisch Geschädigten zu erfassen.

a) Wir beginnen mit Veränderungen, die sich auf dem Gebiete des Psycho-Motoriums (hier im weitesten Sinne des Wortes zu verstehen) äußern, d. h. bei denen die Kranken prima vista zunächst durch ihr andersartiges äußeres Gebaren auffällig werden. Wir setzen diese Art von Veränderungen an den Anfang, weil sie sich am besten beobachten lassen, von eigenen Angaben der Kranken weitgehend unabhängig und somit rein deskriptiv gut faßbar sind.

Sehr auffällig und in ausgeprägter Form nur bei organischen Schädigungen im kindlichen und jugendlichen Alter zu beobachten sind Erscheinungen, die wir — rein vom Motorium aus betrachtet — als hyperkinetische bezeichnen wollen, Veränderungen in der Richtung eines »Mehr« als beim Normalen.

Diese sollen gradmäßig näher charakterisiert werden als

1. dranghafte Unruhe,
2. Dranghandlungen,
3. Erethie.

Unter Drangerscheinungen verstehen wir solche, bei denen jede Intentionalität, Zweck- und Zielsetzung aufgehoben ist. Eine Auswahl der Objekte, an denen etwas vollzogen werden soll, findet nicht statt. Der Gegenstand selbst, an dem der Kranke sich dranghaft entläd, ist an sich gleichgültig. Nicht zu durchbrechen ist dieser organische Zwang, der den Kranken ohne Ruhe und Rast zu den der Außenwelt unsinnig und brutal erscheinenden und — bei einer gewissen Differenzierungshöhe — auch dem Kranken selbst meist unerklärlichen Handlungen treibt. Derartige Zustandsbilder, wie sie in der reinsten Form bei jugendlichen Postenzephalitikern zu beobachten sind (*R. Thiele*, Zur Kenntnis d. psych. Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen) ließen sich bei den verschiedensten Arten hirnorganischer Schädigungen finden. Wir wollen im folgenden versuchen, ein Bild von der reichhaltigen Symptomatologie dieser Phänomene zu geben. Zur Einführung beginnen wir

mit einem Falle von dranghaften Erscheinungen bei einer traumatischen Epilepsie.

Es handelt sich dabei um einen Knaben (Rudi K.), der im Alter von 2 J. 5 Mon. eine schwere organische Gehirnschädigung durch einen Unfall erlitt (Kopfverletzung durch eine Lokomotive, Schädelbruch mit Eröffnung der Schädelkapsel).

Neurologisch bestanden bei einer Untersuchung im Alter von 9 J. 1 Mon. Reste einer linksseitigen Fazialisparese, starke spastisch-ataktische Lähmung des linken Armes, das linke Bein befand sich im Kniegelenk im Beugestellung. Der Ort der Hirnschädigung ist also im Bereiche der oberen Hälfte des Gyrus centralis anterior zu suchen.

Bei diesem Kranken war sehr gut eine im Laufe der Jahre zunehmende Wesensänderung nach der dranghaft-erethischen Note zu beobachten. Bereits $^1/_2$ Jahr nach dem Trauma zeigte Patient eine abnorme Unruhe und hatte den Drang, nach allen Gegenständen zu greifen.

13 Mon. nach dem Unfall traten Anfälle von absenzartigem Charakter auf.

1 Jahr später (2 J. 1 Mon. post trauma) wird Patient als außerordentlich unruhig und widerspenstig geschildert. Er bekommt bei der Untersuchung förmliche Wutanfälle, in denen er um sich schlägt und tritt.

2 Jahre später im Alter von 6 J. 5 Mon. (4 J. post trauma) ist der Kranke bei der Untersuchung beinahe erethisch. Es besteht starker Bewegungsdrang, Zerstörungssucht und Aggressivität gegen die Umgebung. Er schlägt die Geschwister, tyrannisiert die Umgebung, beißt und wirft mit Gegenständen. Unter der Einwirkung des Dranges stehend, wirkt der Kranke rücksichtslos gegen Menschen, Tiere und Gegenstände. Er ist völlig abstandslos, umarmt bei der Untersuchung wahllos den Arzt, die Mutter, die Hortnerinnen usw.

Ein weiteres Jahr später im Alter von 7 J. 6 Mon. (5 J. post trauma) ist Patient immer noch dranghaft erethisch.

Bei der Aufnahme in die Klinik bestand ein hochgradiger ängstlicher Erregungszustand. Patient ist aggressiv und von einer förmlichen Zerstörungswut besessen. Er beschimpft die Erzieherinnen mit unflätigen und gemeinsten Ausdrücken. Auffällig in seinem Triebverhalten ist eine ausgesprochene Freßgier.

Zur Abrundung des Bildes seien aber noch einige andere Wesenszüge geschildert, die später eingehend betrachtet werden sollen, da sie gleichfalls charakteristisch bei fast allen organischen Hirnschädigungen zu beobachten sind.

So wird bereits $^1/_2$ Jahr nach dem Unfall eine starke Empfindlichkeit des Kindes angegeben. Häufig ist der Kranke

weinerlich, jähzornig und nörgelig, zeigt erhöhte Reizbarkeit. Neuartigen Situationen gegenüber widerstrebt er in grober, rücksichtsloser Weise.

Im krassen Gegensatz zu den obengeschilderten Charakterzügen stehen Richtungen, welche die gemütlichen Qualitäten betreffen. So findet man, daß der Kranke eine zutrauliche Anhänglichkeit zeigt und sehr dankbar für Ermutigungen ist. Diese Dinge werden eine Rolle spielen bei der Diskussion des bei derartigen Fällen häufig zu Unrecht verwendeten Begriffes des »Psychopathischen« und dem der sogenannten »Moral insanity«.

Die Drangerscheinungen imponieren in ihrer stärksten Form häufig als sogenannte »Wutanfälle«. Sehr deutlich ist das bei einer vierjährigen Postenzephalitikerin (Elsa R.), die mit zwei Jahren an »Grippe« erkrankte. Pat. hatte damals acht Tage lang hohes Fieber (40^0), während welcher Zeit sie vollkommen apathisch war. Vor einem der zu beschreibenden Wutanfälle sagt sie z. B. plötzlich: »Ich muß jetzt unartig sein«. Während der »Anfälle« schreit sie oft stundenlang, beißt sich in die Hände und in den Arm, verbiegt den Rumpf nach allen Seiten, fängt ohne Grund an zu weinen, reißt sich die Haare aus, wälzt sich am Fußboden, wobei sie sich gänzlich steif macht und das Zimmer verunreinigt. Bei dieser Patientin war die dranghafte Unruhe im Alter von 9 Jahren (d. h. 5 Jahre später) erheblich abgeklungen. Es bestanden bei der poliklinischen Wiedervorstellung aber noch ausgesprochene tikartige Verzerrungen der Gesichtsmuskulatur und Bewegungen von choreiformem Gepräge.

Die Symptomatologie aller der Erscheinungen, die auf dranghafter Grundlage entstehen, ist, wie schon angedeutet wurde, eine äußerst bunte und mannigfaltige, und das ist nicht zu verwundern bei der Natur dessen, was wir unter Drang verstehen. Wir meinen damit Vorgänge — und das spricht für die organische Bedingtheit des Syndromes —, die sich in völlig zwanghafter Weise durchsetzen. Dieser organische Zwang, der die Kranken häufig zu für die Außenwelt unsinnigen und unverständlichen Handlungen und Äußerungen treibt, ist durch nichts zu durchbrechen, er läuft einfach ab. Es wäre auch nicht zutreffend, hier etwa eine Regression auf infantil-triebmäßige Mechanismen anzunehmen; denn diese zeichnen sich doch immerhin durch ein »immanentes Gerichtetsein« aus, und das vermißt man vollkommen. Man kann mit *Thiele* definieren: Der Wille setzt sich sein Objekt, der Trieb sucht sein Objekt, und der blinde Drang findet es einfach.

Die dranghaften Entladungen können sich also richten:

1. gegen die eigene Person, wofür ein Beispiel bei den oben beschriebenen Wutanfällen beschrieben wurde;

2. gegen Personen der Umgebung. Die Kranken imponieren dann, von der Umwelt aus gesehen, als agressiv, brutal und — wie häufig aus den Schilderungen der Eltern und Erzieher hervorgeht — dadurch als kalt, herzlos und gemütsarm, ohne das — eine prämorbid schon bestehende Charakterstruktur nach dieser Richtung hin ausgeschlossen — eigentlich zu sein;
3. gegen Tiere und Pflanzen, sich zeigend als Grausamkeit, Tierquälerei, Herzlosigkeit;
4. gegen leblose Gegenstände, dann allgemein als Zerstörungssucht bezeichnet, manchmal auch als Diebstähle in Erscheinung tretend.

Der Eindruck, den derartige Kranke bei ihren Handlungen machen, ist am besten zu charakterisieren mit einem Wehrlos-Ausgeliefertsein. Sie wirken häufig gequält und getrieben. Die Dranghandlungen sind ihrer Bedingtheit entsprechend uneinfühlbar und unverständlich; sie sind lediglich anschaubar.

Es liegt im Wesen dieses Ausgeliefertseins, daß die Kranken in mehr oder weniger starkem Maße jeglichen Abstand von Dingen und Personen vermissen lassen. So springen sie Personen an, drücken sie ab, um eventuell im nächsten Augenblick darüber betroffen zu sein. Es wird kein Unterschied gemacht zwischen Fremden und Angehörigen. Die Kinder fallen oft jedem beliebigen Menschen um den Hals, sind aufdringlich und schmieren sich gern an. Eine Patientin ist oft zu Fremden gelaufen und gab an, sie käme im Auftrage ihres Vaters; eine andere küßt die Hortnerin plötzlich ab, stürzt auf jeden zu, der ihr in den Weg kommt, hängt und klammert sich an die Schwestern.

Die Dranghandlungen treten häufig ganz plötzlich und unvermittelt auf. Ein Beispiel dafür bietet eine Patientin (Marianne J.), die mit 4 Jahren Absenzen und mit 5 Jahren große epileptische Anfälle bekam und bei der sich im Alter von 8 Jahren eine Wesensveränderung in dranghaft-erethischer Richtung entwickelte. Diese Kranke wird z. B. einmal beim Besuche der Eltern plötzlich unruhig, sie rennt weg, klettert durchs Fenster und läuft über ein Dach. Ein andermal steht sie vom Spiel auf, greift einer Frau unter die Röcke, einer anderen entreißt sie den Hut, ein Junge bekommt grundlos eine Ohrfeige von ihr.

Besonders hervorzuheben sind noch zwei Erscheinungen:
1. Man findet bei verschiedenen dieser Kranken eine starke Abnahme bzw. ein völliges Verschwinden des Ekelgefühls, sowie eine direkte Freßgier und
2. das dranghafte Ausstoßen unflätiger, gemeiner Worte, als Koprolalie bezeichnet.

Beide Symptome lassen sich bei unseren oben gegebenen Defini-

tionen zwanglos einordnen. Sie sind nur besondere Spielarten der reichen Erscheinungsweise, verständlich durch die fehlende Intentionalität und Objektwahl und durch das hemmungslose Ausgeliefertsein.

Ein sehr eindrucksvolles Beispiel für einen völligen Verlust des Ekelgefühls bietet eine vierjährige Postenzephalitikerin (Rosemarie K.). Diese Patientin überstand mit 2³/₄ Jahren eine hochfieberhafte Erkrankung, die mit generalisierten Krämpfen, Bewußtseinstrübung und Nackensteifigkeit begann. Am zweiten Tage der Erkrankung trat eine schlaffe Lähmung der rechten Körperseite auf, die auch die Bauchmuskulatur betraf. Es wurde die Diagnose: Encephalitis epidemica gestellt.

In ihrem prämorbiden Charakter wird die Patientin als ruhig, still und leicht lenkbar geschildert.

Seit der Erkrankung wird eine immer mehr zunehmende Wesensänderung beobachtet, bei der im Vordergrunde eine kolossal starke motorische Unruhe, die naturgemäß zu erheblichen Erziehungsschwierigkeiten führen mußte, und ein völliger Mangel an Ekelgefühl stehen. Außerdem besteht seit der Krankheit eine Schlafstörung.

Bezüglich ihrer Erethie sei hier nur gesagt, daß sie darin absolut nicht zu beeinflussen ist und dranghaft jedem Einfalle folgt. Versucht man, sie zurückzuhalten, so bekommt sie einen Wutanfall. Was den Verlust des Ekelgefühls bei ihr betrifft, so seien einige Einzelheiten angeführt, die zum Teil geradezu monströs sind. So spuckt sie z. B. ein Näpfchen voll und trinkt es dann aus, trinkt Spülwasser aus dem Spucknapfe und auf dem Boden liegend eine Regenpfütze aus. Sie ißt Papier und alles, was sie in den Mund bekommt, so z. B. eine tote Maus, Gras und Blätter. Sie hat sogar nach den Angaben ihrer Geschwister das Nachtgeschirr ausgetrunken und Fäzes von Hunden auf der Straße gegessen, hat sich auch gelegentlich den Körper mit Kot eingeschmiert. Sie wirkt dabei außerordentlich gierig, »wie ein Tier«. Charakteristisch ist, daß diese Freßlust von der Nahrungsaufnahme völlig unabhängig ist, daß also fehlende Absättigung besteht.

Beweisend für das Gequält-Getriebene und diesen Dingen einfach Ausgeliefertsein ist, daß die Kranke nach derartigen Handlungen einen außerordentlich erlösten Eindruck macht und ein erhöhtes Zärtlichkeitsbedürfnis zeigt. Auffällig ist auch in diesem Falle wieder — und in scheinbarem Widerspruch zu dem Geschilderten stehend —, daß die gemütlichen Fähigkeiten unserer Kranken gut entwickelt sind. Sie ist mitleidig, wenn der Bruder krank ist und kennt dann in ihrer Zärtlichkeit keine

Grenzen. Einmal z. B. äußert die Vierjährige: »Ich will dem kleinen Schwesterchen meine Brust geben«.

Wie die erethisch-hyperkinetischen Kranken äußerlich, d. h. rein motorisch, dauernd in Bewegung sind, so verhält es sich auch mit dem Aufnehmen neuer Eindrücke. Es besteht Hypervigilität der Aufmerksamkeit. Die Patienten sind nicht auf einen Punkt zu fixieren, sind konzentrationsunfähig. Sehr sinnfällig tritt dies in Erscheinung bei einem 7 jährigen erethischen Postenzephalitiker (Karl H.): Jeder kleinste Eindruck lenkt den Patienten ab. Seine intellektuellen Fähigkeiten dagegen sind ausgezeichnet. Er verlangt immer nach neuen Eindrücken, faßt alles sehr rasch auf und verarbeitet die Eindrücke schnell. So drängte er einmal, als ein Film gezeigt wurde, diesen schneller abrollen zu lassen, »da es zu langsam gehe«. Die Jagd nach neuen Eindrücken offenbart sich bei ihm in einem ungeheuerlichen Fragedrang.

Über die Verteilung der einzelnen psychopathologischen Symptome auf bestimmte Erkrankungsformen soll später noch eingegangen werden. Im Obenstehenden wurde zunächst nur versucht, eine Darstellung der einzelnen Erscheinungen dieser Art zu geben.

Es ist nicht verwunderlich, daß es bei Kranken, wie sie geschildert wurden, fast immer zu Konflikten mit der Umwelt kommt, eben durch ihre Erethie, Aggressivität, Zerstörungssucht, ihr Wegnehmen von Gegenständen usw. Es kommt dadurch zu Schwierigkeiten in der häuslichen Erziehung und im Schulunterricht. Die häufig notwendige gutachtliche Beurteilung der Kranken arbeitet dabei sehr oft mit dem Begriffe der erworbenen »Moral insanity« oder des moralischen Schwachsinnes. Wenn man aber die Kinder näher beobachtet, so findet man fast durchgehend und in völliger Diskrepanz zu ihrem äußeren Verhalten eine — zum mindesten potentielle — Intaktheit alles dessen, was im Umkreise des Gemütes liegt.

Darunter verstehen wir nach *Schröder* den für die allgemeinsoziale Wertung wohl wichtigsten, anlagemäßig gegebenen Charakterbestandteil, der die Fähigkeit bedingt, mitzufühlen, sich unter Hintansetzung der eigenen Person für andere einzusetzen und aufzuopfern, dem Nächsten zu helfen, ihm beizustehen usw.

Es ist nun direkt verblüffend, wie sonst brüllende und aggressive Kranke, z. B. unter den Postenzephalitikern, sich häufig als gutmütig und hilfsbereit erweisen, zutraulich zum Arzt sind, Fragen in kindlich netter Art stellen. Sie sind außerhalb ihrer erethischen Phasen sehr anstellig und zeigen den besten Willen mitzutun. Ein Gemütsdefekt scheint auch insofern nicht vor-

zuliegen, als sie vielfach ein deutliches und feines Gefühl für das Unrechtmäßige ihres Tuns haben. Eine stark erethische und aggressive Patientin ist beim Besuche des Vaters lebhaft erfreut, erkundigt sich nach der Mutter, nach der sie in der letzten Zeit mehrfach verlangt hat. Sie hat bei Ermahnungen den besten Willen, artig zu sein und versucht energisch, sich zu bessern. Für die Wesensart ihrer Kameradinnen hat sie ein erstaunlich feines Gefühl. Kinder, die widerspenstig, störrisch und frech erscheinen, sind zu anderen Zeiten folgsam und gefällig und bereuen gleich, wenn sie zu weit gegangen sind. Sie sind meist in ihrem Gemüt tief zu beeindrucken und zeigen sich äußerst hilfsbereit anderen gegenüber.

Die Kranken machen oft nach Abklingen paroxysmaler Erregungen einen ausgesprochen erlösten Eindruck und zeigen ein erhöhtes Zärtlichkeitsbedürfnis. Sehr deutlich ist das bei einem $6^1/_4$ jährigen Postenzephalitiker (Gerhard F.). Dieser Kranke hat starke Neigung zu dranghaften Äußerungen und stereotypen Redensarten. Er schreit minutenlang dasselbe, meist unflätige Schimpfworte, hört dann plötzlich wie von einer Last befreit auf und sagt: »Jetzt habe ich wieder einmal geschrien«. Dieser Patient zeigt auch ein fast körperliches Mit-der-Umwelt-Verhaftetwerden: er muß jeden Gegenstand angreifen, läuft stundenlang mit dem Blatte eines Bilderbuches herum, jammert und sagt zur Pflegerin: »Ich kann das Blatt gar nicht los werden«. Er ist sichtlich erleichtert, als man es ihm abnimmt. Wenn die Patienten die Folgen ihrer Aggressivität bemerken, sind sie häufig erschrocken und betrübt. An Angehörige und Hortnerinnen sind sie dann sehr anhänglich.

Nach dem Gesagten muß man einen Gemütsdefekt im Sinne von verminderter oder fehlender Agape ablehnen. Es handelt sich um keine erworbene »Moral insanity«. Die Struktur des Charakters *(Klages)* ist nicht verändert. Die dranghaften Erscheinungen liegen jenseits des Charakterlichen in einer psychophysisch neutralen apersonalen Schicht *(Bürger-Prinz)* und werden in vielen Fällen auch von dem Kranken selbst als etwas Fremdes, Quälendes empfunden. Sie sind vergleichbar einem Entgleiten der Ausdrucksvorgänge. Der Parallelismus zwischen Ausdruck und Inhalt ist gestört. Die anglo-amerikanischen Autoren beschreiben deshalb auch diese Veränderungen als »behaviour-changes«, *Robin* spricht von einer Störung der »conduite«. Auch von *Thiele* wird betont, daß es sich um keine Charakterveränderung handle, um keine eigentliche Umwandlung der Persönlichkeit.

Symptomatologie des Dranges (Kasuistik).

1. Fall, Fritz G.

Diagnose: Postencephalitische Wesensänderung. Alter 9 Jahre.

Akute Erkrankung mit $1^1/_4$ J. (Patient war damals plötzlich steif und benommen, dann 35 Stunden bewußtlos, lag mit verdrehten Augen im Bett.

Jetziger psychischer Zustand: Pat. ist hyperkinetisch, rennt durch alle Zimmer, ist durch nichts zu fesseln, wirft Möbelstücke um, es besteht Abstandslosigkeit und Aufdringlichkeit, er belästigt alle Leute, bettelt fremde Personen um Geld an, das er aber nicht vernascht, sondern in seiner Sparbüchse sammelt. Kopralalie, ergeht sich in abstandslosen Schimpfereien.

Polizeibericht: Er schlägt andere Kinder, bettelt, spuckt, schmiert die Häuser voll und beschimpft den Schutzmann.

Beobachtung auf der Station: Maßlose Unruhe, hemmungsloser Rededrang, er produziert unentwegt einen monoton sinnlosen Redeschwall. Auffällige Freßgier und abstandslose Schimpfereien.

In völliger Diskrepanz dazu stehen seine guten Gemütsqualitäten: Er ist hilfsbereit, gutmütig und sehr anhänglich; hat immer die beste Absicht sich einzuordnen.

2. Fall: Hans G.

D.: Status postencephaliticus. Alter: 5 J. 7 Mon.

Akute Erkr.: mit 5 J. (Fieber, Bewußtlosigkeit, verdreht die Augen, ist lethargisch).

Beobachtung a. d. Station: Starke Hyperkinese: kann die Hände nicht ruhig halten, befindet sich fortwährend in zappelnder Unruhe, rennt plötzlich weg. Er ist quecksilbrig, nie zufrieden, »will immer etwas anderes«. Während er jetzt noch spuckt und strampelt, versucht er schon im nächsten Moment, sich in aufdringlicher Weise anzuschmieren.

3. Fall: Gerhard F.

D.: Postencephalitischer Charakterwandel. Alter: 6 J. 3 Mon.

Akute Erkr. mit $1^1/_2$ J.

Beobachtung a. d. Station: Rasende motorische Unruhe, beklopft und beriecht alles. Pat. hat Neigung zu dranghaften, stereotypen Redensarten. Schreit minutenlang dieselben meist unflätigen Worte (z. B.: »Der Gerhard spuckt, die Bratwurst spuckt, der Luftballon spuckt usw.«). Jeden Gegenstand muß er dranghaft angreifen. Er rennt umher, schreit und beißt sich selbst. Verwehrt man ihm seinen Willen, so wird er maßlos gereizt, versucht sich in die Hand zu beißen oder seinen Anzug zu zerreißen. In diesen Erregungen tritt häufig iteratives Kopfschütteln auf.

Triebverhalten: Maßloses Onanieren.

4. Fall: Erich B.

D.: Zustand nach Enc. epid. (Sialorrhoe, Kopfschmerzen, Schauanfälle). Alter: 12 J. 3 Mon.

Akute Erkr. mit 5 J.

Drangerscheinungen: Plötzliche, unsinnige Handlungen, Streitereien, erhöhte Ablenkbarkeit.

5. Fall: Karl H.

D.: Erethie (postenc. Zustandsbild?). Alter: 1. Aufnahme 5 J. 4 Mon.

Körperliche Erkrankungen: 1. Lebensjahr Pertussis, 2. Lebensjahr Pneumonie. Im Anschluß an diese trat einmal ein großer Krampfan-

fall mit klonisch-tonischen Zuckungen und Bewußtlosigkeit auf. 3. Lebensjahr wegen »Grippe« im Diakonissenhaus. Mußte von dort wegen seiner starken Erethie entlassen werden.

Beobachtung a. d. Station: Pat. ist hyperkinetisch, nicht zu fixieren, zeigt Zerstörungssucht, Wutanfälle und neigt zu Fortlaufereien. Er ist unzuverlässig und leicht verführbar. Pat. ist sprunghaft im Wesen, es besteht Hypervigilität der Aufmerksamkeit, er wird von jedem kleinsten Eindruck abgelenkt und ist konzentrationsunfähig.

Triebverhalten: Schon mit 5 J. wurden verschiedentlich sexuelle Spielereien beobachtet.

2. Aufnahme: Alter 7 J. 4 Mon.

Befund: Erethie weiterhin bestehend, dauernde motorische Unruhe, dranghaftes Greifen nach Gegenständen. Der Kranke ist im Wesen häufig etwas schmierig und distanzlos. Er drückt und küßt wahllos alle möglichen Leute ab.

3. Aufnahme: Alter 9 J. 1 Mon.

Befund: Pat. ist in keinerlei Weise gebessert, es besteht ein ungeheuerlicher Fragedrang.

Seine intellektuellen Fähigkeiten sind ausgezeichnet.

6. Fall: Alfred H.

D.: Postenc. oder postcommotionelle Charakterveränderungen. Alter: 14 J. 9 Mon.

Mit 9 J. erlitt Pat. eine Gehirnerschütterung. Von dieser Zeit ab entwickelte sich eine auffallende Wesensveränderung.

Befund: Pat. ist sehr schwer zu behandeln. Er hört nicht auf Anordnungen, ist brutal aggressiv gegen Mitpatienten, ist dabei distanzlos und zänkisch.

Triebverhalten: Nimmt sexuelle Handlungen mit anderen Patienten vor.

7. Fall: Inge E.

D.: Genuine Epilepsie (Anfälle, Absenzen, Charakterveränderung, Demenz, erethische Phase). Alter: 15 J.

Drangerscheinungen: Pat. zeigt sehr große Umtriebigkeit, sie läuft den ganzen Tag über auf der Abteilung umher und ist nur selten zu einer Beschäftigung zu bestimmen. Sie unterbricht plötzlich die Arbeit, läßt alles liegen und läuft davon.

8. Fall: Hilde P.

D.: Genuine Epilepsie (beginnende Charakterveränderung und Demenz). Alter: 11 J.

Epithyme Wesenszüge: Im Vordergrunde steht Pedanterie, peinliche Ordnungsliebe, erhöhte Reizbarkeit und Explosibilität.

Außerdem aber beobachtet man in letzter Zeit eine dranghafte Unruhe, starken Bewegungsdrang, die Kranke hat zu keiner Beschäftigung Ausdauer und will immer alles selbst machen.

9. Fall: Willy B.

D.: Hirnzyste von etwa Zitronengröße im linken Stirnscheitellappen.

Psychischer Befund: Erethie, Charakterveränderung von postenc. Gepräge.

Pat. kam viermal zur Aufnahme. Das Alter bei den einzelnen Aufnahmen betrug:
1. 11 J.,
2. 11 J. 5 Mon.,
3. 15 J. 2 Mon.,
4. 16 J. 8 Mon.

Entwicklung: Pat. fing erst mit 3 J. an zu laufen, mit 4 J. an zu sprechen und näßte bis zum 4 J. ein. Frühere Krankheiten: Im 1. J. angeblich an Meningitis erkrankt; bis zum 4. J. war er in Behandlung der Kinderklinik wegen sekundärem Hydrocephalus.

Befund bei der 1. Aufnahme: Es besteht starke motorische Unruhe, Abstandslosigkeit, Freßgier, Zerstörungssucht, Neigung zu Gewalttätigkeiten und Diebereien sowie Koprolalie. Er kennt weder Ekel noch Scham.

Bei der anschließenden Operation im Krankenhaus St. Georg findet man einen cystischen Tumor der Dura mater, der entfernt werden kann.

4 Mon. nach der Operation gibt die Mutter des Pat. an: »Manchmal hat er jetzt so eine Ruhe in sich, da bleibt er sitzen, wo er gerade sitzt«. Neurologischer Befund: Spastische Parese des rechten Armes.

6 Mon. nach der Operation bei der poliklinischen Vorstellung ist Pat. noch sehr umtriebig.

8 Mon. nach der Operation: Im allgemeinen hat er sich beruhigt, er hat mehr Ausdauer bei Beschäftigungen und einen sehr großen Arbeitsdrang.

4 J. nach der Operation: Pat. war nach der Entlassung aus der Klinik zunächst eine Zeitlang sehr ruhig und still, nach und nach wurde er aber wieder mobiler und lebhafter, jedoch nicht übermäßig. Er bekam ein Jahr lang Privatunterricht. Faßte gut auf. Nach der Konfirmation wurde er mit gärtnerischen Arbeiten beschäftigt.

Letzte Aufnahme im Alter von 16 J. 8 Mon., d. h. 5 J. 2 Mon. nach der Operation.

Pat. kam zur Aufnahme, weil er für mehrere Tage von zu Hause unter Mitnahme von einigen hundert Mark verschwunden war. Er war nach Oschatz gefahren, hatte große Zechen gemacht und andere in sehr großzügiger Weise freigehalten. Mietete sich dann in Leipzig ein Zimmer und tätigte verschiedene Einkäufe.

Beobachtung a. d. Station: Pat. mußte wegen seiner wieder sehr starken Erethie mit Neigung zu plötzlich auftretenden brutalen Handlungen zunächst von der Kinderabteilung nach Stat. Männer II und, da es auch dort nicht ging, schließlich auf die unruhige Abteilung (Station III) verlegt werden. Er bot ausgesprochene Drangerscheinungen, war nur sehr schlecht im Bett zu halten, zeigte dauernde Unruhe, geriet mit der Umgebung in Konflikte. Er ist dabei im Wesen freundlich und nett, aber ausgesprochen distanzlos und hat immer den Drang, sich überall anzuschmieren. Er zeigt übergroße Zärtlichkeit, drückt sich an den Arzt und will diesem die Hand küssen.

Pat. wird zur Verwahrung nach der Erziehungsanstalt Moritzburg überführt.

Gemütsqualitäten: Pat. kann mitunter in rührender Weise für Kleinere besorgt sein, wäscht und kleidet einen jüngeren Kameraden sehr sorgfältig an und bietet sich spontan zu allerlei Hilfeleistungen an. Für jedes

gute Wort, für jedes Streicheln ist er sehr empfänglich und dankbar, ist überglücklich beim Besuche eines Onkels. Er kann nicht spielen, will immer »arbeiten« und sucht sich Beschäftigungen, wo er sich »austun« kann, hat immer neue Einfälle. Er hat den guten Willen zu folgen, für sein Tun keine Einsicht und nimmt Strafen verständnislos hin.

b) Änderungen in der Art und im Ablaufe des Gefühls- und Stimmungsmäßigen.

α) Verschiebung der Stimmungslage und ihre Labilität.

Unter Stimmung soll eine bestimmte Affektlage verstanden werden, die während einiger Zeit den ganzen Menschen mit allen Erlebnissen beherrscht. Stimmung, Stimmungslage, Stimmungsgrundlage wird in ihrer Art als etwas für jeden Menschen Charakteristisches aufgefaßt. Die Stimmungslage steht in enger Beziehung zu dem, was man als Antrieb, Turgor vitae oder Biotonus bezeichnet. Wir meinen also mit Verstimmungen Wechsel und Schwankungen in der Grundstimmung nach beiden Seiten hin *(Bleuler, P. Schröder, Kurt Schneider).*

Da es sich für uns nur um Dauerveränderungen handelt, fallen z. B. kurz abgesetzte Verstimmungszustände weg; es interessiert vielmehr, ob das im Umkreise des Gefühls- und Stimmungsmäßigen Liegende im Ganzen nach einer bestimmten Richtung hin verschoben ist.

Man beobachtet nun bei den verschiedensten organischen Hirnschädigungen, daß Kinder, die vor der Erkrankung als heiter, ausgeglichen und zufrieden geschildert werden, dann meist nörgelig, mißmutig, gereizt und unzufrieden sind. Nichts paßt ihnen, sie haben an allem etwas auszusetzen und sind ausgesprochen quengelig. Immer wieder fällt ihre Morosität, Lustlosigkeit und Mürrischkeit auf. Sie sind empfindlich, weinerlich und manchmal direkt unausstehlich, brummig, unfreundlich, ohne Behagen und unausgeglichen.

Bei vielen ist die Stimmung sehr labil. Sie fangen ohne Grund an zu weinen und sind äußerst empfindlich. Bei einigen Choreatikern war auffällig ihre starke Ängstlichkeit. Bei Kindern mit Lues cerebrospinalis, überhaupt dort, wo ein stärkerer organischer Abbau eingetreten ist, besteht meist gemeinsam mit einem erheblichen dementiven Abbau eine läppisch-euphorische oder stumpfe Grundstimmung, die an manchen Tagen von Weinerlichkeit und Verdrossenheit durchbrochen wird.

β) Inkontinenz und Labilität der Affekte.

Ehe wir uns diesen Veränderungen zuwenden, müssen wir in Rechnung setzen, daß das Kind und auch der Jugendliche in stärkerem Maße von seiner Affektivität beherrscht wird als es gemeinhin beim Erwachsenen zu beobachten ist. Es ist deshalb

auch ein wesentlicher Punkt jeder Erziehung, die Lust- und Unluststrebungen, die den Säugling und das Kleinkind noch völlig in seinem Verhalten bestimmen, zu beherrschen; mit zunehmender Persönlichkeitsentwicklung, besonders des Verstandes und des Willens, gelingt es dem Menschen allmählich in mehr oder minder vollkommener Weise, bei durchschnittlichen Lebensanforderungen die Gewalt über seine affektiven Äußerungen zu gewinnen. Treten nun irgendwelche Hirnschädigungen ein, so scheint diese Entwicklung förmlich in Rückläufigkeit umschlagen zu können. Eine Verstehbarkeit soll erst im Rahmen der »Grundstörung« versucht werden. Es sollen zunächst nur die Phänomene interessieren.

Es gibt fast keinen unserer Kranken, bei dem nicht eine auffallende Reizbarkeit zu konstatieren wäre. Eine Epileptika (Edith K.), die vor Beginn der Erkrankung als heiter, ruhig und zufrieden geschildert wird, ist bereits nach $^1/_2$jähriger Krankheitsdauer oft leicht gereizt und reagiert auf die geringsten Anlässe, indem sie wütend wird und heftig schimpft. Während diese erhöhte Reizbarkeit zu Beginn nur ausgesprochen an Tagen mit Anfällen und Absenzen war, wurde sie später zum Dauerzustand. Derartige Kranke sind gänzlich von primitiven Affekten beherrscht. Es ist sehr schwierig mit ihnen auszukommen, da sie störrisch, bockig und widersetzlich sind und unter Umständen unvermittelt auf andere einschlagen.

Diese Reizbarkeit und Erregbarkeit nimmt mit Dauer der Erkrankung zu, kann aber später bei Auftreten von noch anderen organischen Veränderungen, wie Einförmigwerden und Affektverstumpfung erscheinungsmäßig in den Hintergrund gedrängt werden. Bei einem Knaben (Norbert G.) mit postkommotionellem Zustandsbild soll die nach dem Unfall zunächst bestehende auffallend starke Reizbarkeit und Erregbarkeit langsam wieder abgeklungen sein. Das ist verständlich, da die postkommotionellen Veränderungen zum größten Teile rückbildungsfähig sind.

Die Affektäußerungen treten nicht in Abgestimmtheit und Differenziertheit in Erscheinung, sondern wirken wie massive Entladungen. Die Kranken sind explosibel. Der Affekt in Form von Wut, Zorn, Reizbarkeit oder Angst dominiert, er unterjocht und verdrängt das Übrige und erfüllt die Person ganz. Er ist weniger mit Inhalten oder Strebungen erfüllt, sondern ist eng an die »Leibschicht« *(Bürger-Prinz)* gekoppelt und setzt sich rücksichtslos und absolut organisch anmutend durch. Die Affekte sind reaktiv leicht umschlagend, endogen labil und in ihrem Ablaufe ungehemmt und können die höchste Höhe erreichen. Die Anlässe für ihr Auftreten stehen meist in keinem Verhältnis zu ihrer Intensität.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß — und zwar mit steigender Erkrankungsdauer in zunehmendem Maße —

1. die Stimmung nach der Richtung des Moros-Depressiven, Nörgelig-Lustlosen und teilweise Gequälten verschoben wird;
2. die Affekte sind ihrer Art nach massiv, undifferenziert, als Zorn, Wut, Gereiztheit, Angst und Erregung sich zeigend;
3. in ihrem Ablaufe ist auffällig einmal ihre Labilität, sie treten häufig unvermittelt und mit überraschender Stärke ein — die Kranken imponieren dadurch als launisch, unausgeglichen und unberechenbar — und zum andern ihre Inkontinenz; der Verlauf richtet sich nach dem Alles-oder-Nichts-Gesetz, es ist keine Abstimmung vorhanden.

Das affektive Geschehen reißt den Kranken einfach mit sich. Während für den Normalen dazu Ereignisse und Situationen von starker affektiver Wertung notwendig sind (z. B. Gefahr, Sexualität), genügen hier oft geringste Anlässe, um die Entladung in Gang zu setzen.

Belege für Absatz 3c.

1. Rudi K. Alter: 9 J. 1 Mon.

Diagnose: Traumatische Epilepsie.

Verhalten von Stimmung und Affekt: Weinerlich, nörgelig, sehr empfindlich, unausstehlich, bei Versagen mißmutig gereizt. Pat. ist jähzornig, hat Neigung zu explosiv-primitiven Äußerungen.

2. Johannes K. Alter: 11 J.

Diagnose: Genuine Epilepsie.

Beginn der Erkrankung: 8 J. 3 Mon., mit Absenzen.

Psychisch: Leicht reizbar und erregbar, nörgelig und unzufrieden. Auffällige Wesensänderung seit $10^3/_4$ J., also $2^1/_2$ J. nach Beginn der Erkrankung.

3. Martha H. Alter: $12^3/_4$ J.

D.: Genuine Epilepsie.

Beginn der Erkrankung: 4. Lebensjahr.

Schwere der Erkrankung: Bis zu zwei Anfälle am Tage, nach den Anfällen stundenlange Dämmerzustände.

Intelligenz: Bei der 1. Aufnahme war keinerlei Nachlassen der geistigen Fähigkeiten zu konstatieren.

Erregung und Explosibilität: Pat. gerät leicht in Streit, sie wird dann heftig und schlägt unter Umständen um sich.

2. Aufnahme mit 15 J.

Stimmungslage: Die Kranke ist nörgelig-gereizt, brummig, unfreundlich, lustlos, moros, ist meist verstimmt, alles paßt ihr nicht.

3. Aufnahme mit 18 J.

Allgemeine Verschlimmerung der obengeschilderten Zustände.

4. Hellmut G. Alter: 8 J. (2 J. nach dem Unfall). (1. Aufn.).

D.: Traumatische Epilepsie (alter Schädelbruch, Schwerhörigkeit links, Andeutungen einer rechtsseitigen Hemiparese).

Unfall im Alter von 6 J., Pat. war 6 Stunden bewußtlos.

Prämorbider Charakter: War früher immer leicht zu erziehen, anhänglich und still im Wesen.

1 J. nach dem Unfall: Er ist leicht erregt und wird schnell wütend.

2. Aufn.: 9 J., d. h. 3 J. nach dem Unfall.

Die Erregung hat weiterhin stark zugenommen. Die Affekte schlagen plötzlich um. »Mit einem Male stört ihn alles«. Affektlabilität, schreit, schlägt und schimpft.

5. Hans H. Alter: $8^1/_4$ J.

D.: Chorea minor.

Beginn der Erkrankung mit 7 J., Dauer also $1^1/_4$ J.

Prämorbider Charakter: war immer still und für sich.

Nach der Erkrankung fällt der Mutter eine Wesensveränderung auf: Pat. ist leicht gereizt, quengelig, unlustig und weinerlich, ist häufig streitsüchtig und fällt vor allem durch große Ängstlichkeit auf. Bei affektiver Erregung tritt motorische Unruhe auf. Alles stört ihn, er will immer seine Ruhe haben.

6. Elfriede E. Alter: 1. Aufnahme 5 J. 10 Mon.,
2. „ 6 J. 6 Mon.,
3. „ 7 J. 9 Mon.,
4. „ 9 J. 8 Mon.

D.: Chorea minor (Choreatische Wesensänderung: Emotionell-hyperästhetisch, dranghaft erethisch).

Erblichkeit: 2 Brüder wegen Chorea minor in Klinikbehandlung.

Beginn der Erkrankung: 5 J. 10 Mon. mit Wesensänderung.

Beginn der motorischen Erscheinungen: 2 Wochen später.

1. Aufnahme: Wenig Ausdauer, leichte Ermüdbarkeit, Stimmung aber heiter und ausgeglichen.

2. Aufn.: (8 Mon. später). Bei der Patientin fällt starke Stimmungslabilität auf, sie ist gegen äußere Sinneseindrücke sehr empfindlich, weint oft stundenlang ohne Grund; sie ist reizbar, streitsüchtig und abends auffallend ängstlich.

Mit 7 J. Zustand im allgemeinen etwas gebessert, sie ist aber immer noch äußerst empfindlich und emotionell-incontinent, zum Teil äußerst reizbar.

Mit 7 J. 9 Mon. (9 Mon. später): Auftreten von Drangerscheinungen.

Bei der letzten Aufnahme mit 9 J. 8 Mon. ist die choreatische Unruhe kaum noch auffällig.

7. Fälle von Postencephalitis.

a) Hans G. Alter: 5 J. 7 Mon. Krankheitsdauer 7 Mon. Pat. ist unzufrieden, empfindlich, weinerlich und leicht reizbar. Im Vordergrund stehen die Drangerscheinungen.

b) Gerhard F. Alter: $6^1/_4$ J. Erkrankt mit $^1/_2$ J. Er ist leicht erregbar und meist mürrisch, gereizt.

c) Wolfgang Sch. Alter: 12 J. 7 Mon. Krankheitsdauer 3 Mon. Läppisch-euphorische Grundstimmung. Bei diesem Kranken besteht schon erheblicher dementiver Abbau und allgemeine Verlangsamung.

c) Die Änderungen der gefühlsmäßigen Umweltbeziehungen.

Die Tatsache, daß ein großer Teil unserer Patienten wegen Schwierigkeiten in der Schule oder in der häuslichen Erziehung

zur Aufnahme kommt, läßt schon von vornherein vermuten, daß eine Störung im Verhältnis zur Umwelt sehr häufig eingetreten sein muß. Verstehbar werden diese Dinge, wenn wir uns mit der Grundstörung der organisch Geschädigten beschäftigen werden.

Es ist auch hier wieder zu betonen, daß besonders das Kind, je jünger es ist, um so mehr seine Umwelt mit Affektivem, Gefühls- und Stimmungsmäßigem beläd. Entweder ist sie ihm nach seiner Ansicht wohlgesinnt, dann bejaht es sie und geht lustvoll in ihr auf, oder sie steht ihm feindlich gegenüber, und dann wird sie abgelehnt. Die Reaktion kann dann je nachdem eine flucht- oder angriffsmäßige sein.

Die meisten Konfliktmöglichkeiten mit der Umwelt sind verständlicherweise bei Kindern mit ihren Drangerscheinungen gegeben. Durch ihre Unruhe, Fixierungsunmöglichkeit, erhöhte Ablenkung und Abstandslosigkeit ist eine planvolle Erziehung dieser Kranken utopisch. Die Schulgutachten sprechen immer wieder von Aggressivität, Brutalität, durch nichts zu bändigender Unruhe, Zerstörungssucht, Schimpfen, Schreien und Koprolalie. Die Postenzephalitiker stellen das Hauptkontingent dieser Art.

Ein weiterer wichtiger Punkt für eine Störung des Umweltverhältnisses, der für Kranke aller Art in Betracht kommt, ist die krankhafte Reizbarkeit und Erregbarkeit sowie die Änderung des Stimmungsverhältnisses in der geschilderten Richtung. Die Kranken sind unverträglich, brausen leicht auf, schlagen in diesen momentanen Wallungen auf Geschwister, Spiel- und Schulkameraden sowie Mitpatienten ein. Sie sind unverträglich, versuchen ihre Umwelt zu tyrannisieren, bestehen hartnäckig auf ihren Wünschen und sind eigensinnig. In ihrer moros-depressiven Verstimmung sind sie unleidlich, widersetzlich und wollen in Ruhe gelassen werden.

Die Krankheitsveränderung muß ja zu einer Benachteiligung gegenüber dem Gesunden im Daseinskampfe führen. Deshalb wird die Umwelt, ganz allgemein, abgelehnt. Sie ist ihnen nicht mehr adäquat, die Einfügung in die Gemeinschaft ist erschwert. Das führt zu Opposition und Protest. Infolge oft stark empfundener Minderwertigkeit können bei charakterlich entsprechend Veranlagten paranoische Einstellungen resultieren. Solche Kinder fühlen sich dauernd zurückgesetzt, sind äußerst empfindlich gegen den geringsten Tadel und sondern sich von den anderen ab.

Bei Epileptikern ist auffällig ein oft sehr starkes Gerechtigkeitsgefühl, das auch vor Klatschereien und Angebereien nicht zurückscheut.

Die Folge der Selbstunsicherheit ist, daß manche Kinder ein erhöhtes Anlehnungs- und Zärtlichkeitsbedürfnis haben. Sie hängen sich dann förmlich an einen Menschen, bei dem sie Schutz

suchen. In Analogie zu der Art der Affektabläufe steht, daß die Kranken in Zuneigung wie Ablehnung gleich maßlos sind. So ist die Anhänglichkeit zwar sehr herzlich, auf der anderen Seite aber ebenso primitiv und kritiklos. Sie lassen sich von anderen völlig beherrschen und sind dadurch leicht beeinflußbar und verführbar.

Als Resultat dieses Abschnittes läßt sich demnach feststellen, daß es durch den organischen Defekt häufig zu einer Ablehnung der Umwelt kommt, die sich in Opposition, Abwehr und eventuell Aggressivität äußert. Die oft stark empfundene, durch den Krankheitsprozeß bedingte verminderte Erlebnis- und Betätigungsfähigkeit kann zu paranoischen Einstellungen, Unsicherheit und Absonderung führen. Hand in Hand damit geht ein erhöhtes Bindungsbedürfnis zum Zwecke des Schutzes vor der nicht mehr adäquaten Umwelt.

d) Die „Grundstörung" (Küppers) des organisch Hirngeschädigten.

Wir wollen hier versuchen, bestimmte psychopathologische Erscheinungen zusammenzufassen, die gleichsam die Basis jeder schwereren organischen Hirnschädigung darstellen und uns damit möglicherweise die verschiedenen Symptombilder verständlich machen können.

In Übereinstimmung mit *Küppers* soll »Grundstörung« hier nicht kausale Abhängigkeit bedeuten in dem Sinne, als ob aus der Grundstörung die akzessorischen Symptome erklärt werden könnten; der Begriff soll vielmehr der rein statischen Beschreibung eines Strukturzusammenhanges dienen, er bedeutet das diesem Strukturzusammenhange Zugrundeliegende (*K. F. Scheid*, München, Fortschr. d. N. u. Psych. 4/1934).

Wenn man unter diesem Gesichtspunkte die Gesamtheit der Krankheitsfälle einer allgemeinen Übersicht unterzieht, so fällt eine weitgehende Einförmigkeit und Gleichmäßigkeit auf, die in hohem Maße unabhängig von der jeweiligen Krankheitsursache und dem klinischen Symptomenbild ist. Aus dem Rahmen herausfallend sind eigentlich nur die Erscheinungen, die im ersten Abschnitt unter der Bezeichnung des Dranges beschrieben worden sind. Es muß hier bemerkt werden, daß die einzelnen Krankheitsbilder, was die Verteilung der Symptome anbelangt, selbstverständlich verschiedene bestimmte Gruppierungen erkennen lassen; doch soll auf diese »Akzentverschiebungen« in einem besonderen Abschnitte eingegangen werden.

Tatsache scheint jedenfalls zu sein, daß alle hirnorganischen Erkrankungen, die einen schwereren Defekt setzen, in ihrem weiteren Verlaufe nach einer ganz bestimmten Art der Persönlichkeitsveränderung zu konvergieren scheinen.

Wann, ob überhaupt und inwieweit dieser »Endzustand« (als »Idee«, nicht als klinisches Bild zu verstehen) erreicht wird, hängt natürlich von der Art, der Dauer und einer etwaigen Progredienz der betreffenden Krankheit ab; die Tendenzen dazu sind jedenfalls festzustellen.

Versuchen wir nun einen Zugang zu diesen Dingen von dem aus, was wir im Psychischen unter Antrieb verstehen. Wir meinen damit die dynamischen Funktionen, die Tempo und Intensität aller seelischen Leistungen bestimmen (*Kretschmer*, Mediz. Psychol.) und sozusagen als »Motor« einen wichtigen Teil der Gesamtaffektivität darstellen.

Man beobachtet bei den ätiologisch verschiedensten organischen Hirnschädigungen, daß die Kranken sehr bald eine eigentümliche Verlangsamung aller psychischen und motorischen Vollzüge erkennen lassen, die mit Progredienz und Schwere der Erkrankung immer stärkere Formen annimmt.

Die Kinder müssen zu allem angehalten werden, sie sitzen herum, und wenn sie schon etwas in Angrfif nehmen, so sind sie häufig ohne große Ausdauer. Der ganze vitale Turgor, Schwung und Elan scheint abzunehmen im Sinne einer zentralen Leistungsschwäche. Es kommt zu einer allgemeinen Verlangsamung und Versandung, die in schweren Fällen ganz exzessive Grade annehmen kann, so daß die Kranken dann stumpf und phlegmatisch den ganzen Tag über herumsitzen und im wahrsten Sinne des Wortes von einem Flecke auf den anderen geschoben werden müssen; derartig groß ist ihre Torpidität und Schwerfälligheit. Die Vollzüge sind im Prinzip nicht verändert, sondern nur in die Breite gezogen und verlangsamt. Die Patienten sind in ihrem Verhalten breit, sie neigen zum Bildhaft-Konkreten, zum Anschaulich-Gegenständlichen, ganz im Sinne ihres Verhaftetseins an die Außenwelt. Was und ob sich etwas in diesen Kranken abspielt, ist schwer zu sagen, da in diesen schweren Stadien bereits ein erheblicher dementiver Abbau besteht. Diese extremen Fälle, die schon in den Umkreis des schweren organischen Schwachsinns gehören, gehen über den Rahmen dieser Arbeit hinaus.

Wir können also bei unseren Patienten das feststellen, was von *Goldstein* als die Tendenz zur Ruhe bezeichnet wurde. Versucht man diese zu durchbrechen, so treten heftige, über das Normalmaß hinausgehende Abwehrreaktionen auf.

Wir müssen hier zur Erklärung noch einmal auf die oben bereits, und zwar mehr phänomenologisch, geschilderten Arten und Abläufe der Affekte im engeren Sinne eingehen.

Die Vielheit und Differenziertheit affektiver Äußerungen, die beim Gesunden mit steigender Entwicklungshöhe zuzunehmen pflegt, schlägt hier, wie gesagt, wieder den rückläufigen Weg ein.

Es findet sich nicht mehr der Reichtum an verschieden möglichen Reaktionsweisen auf die mannigfaltigen Umwelteinflüsse, keine freie Wahl der Entscheidungen nach Ziel und Zweck. Die sinnvolle Gestaltung nach persönlichem Ermessen und Verfügen geht mehr und mehr verloren. Die Patienten stehen den Objekten nicht mehr als selbst Handelnde und Wertende gegenüber. Der Abstand vom Gegenstand, dem das Individuum sich zuwendet oder der an dieses herantritt, verringert sich, und daraus resultiert ein Abhängigkeitsverhältnis zur Außenwelt und eine Bindung an diese. Die Zuwendung ist mehr objektgesteuert als subjektiv dirigiert. Diese Reizgebundenheit *(Goldstein)* führt zu einer gewissen Unfreiheit, durch die die Handelnden zu Reagierenden werden. Dadurch nun erfolgt ein Absinken von der Stufe sinnvoller Zielstrebigkeit auf das Niveau des automatisch Maschinenhaften. Zu den eigentlichen Triebfedern der Aktivität werden die Affekte, die in zwangsmäßiger Eigengesetzlichkeit hervorbrechen. Jeder Reiz, und damit kommen wir auf das oben Gesagte zurück, wird prompt mit einem affektiven Übermaß beantwortet. Die Hemmung, die der Gesunde diesen Entladungen entgegensetzt, wird durchbrochen. Dabei fällt auf, daß die Affektivität die Abgestimmtheit auf das entsprechende Erlebnis in Quantität und Qualität vermissen läßt, es kommt zu einer Starrheit der Affekte. Die Differenziertheit, die Anpassung, das Kombinieren und Auswählen innerhalb der reichen Gefühlsskala hat einem brutalen Hervorbrechen des affektiven Rohmateriales Platz gemacht. Dadurch erklären sich die Trotz- und Protesteinstellungen der Kinder, ihr grobes Widerstreben, ihre Reizbarkeits- und Wutausbrüche und die daraus resultierenden Schwierigkeiten der sozialen Einordnung. Die feineren Konturen des Seelischen verschwinden mehr und mehr. Die Reaktionen sind nicht mehr abgestimmt, und dadurch erscheint die Persönlichkeit verschwommen und einförmig. Es herrscht eine Disharmonie seelischen Geschehens, die Affekte sind labil, verschwinden so schnell und unvermittelt wie sie gekommen sind. Die Gefühlsäußerungen sind von den Extremen bestimmt. Es gibt nur Liebe und Haß, und beides schlägt schnell und unvermittelt ins Gegenteil um. An die Stelle von Abstufungen und Gradunterschieden tritt das Alles-oder-Nichts-Gesetz. Es resultiert aus dem Gesagten, daß die Kranken schablonenhafter werden, das seelische Geschehen wird einförmiger und damit das Persönlichkeitsniveau *(Stertz)* gesenkt. Der Mensch wird durch die Außenwelt bestimmbarer als es beim Gesunden der Fall ist.

Das Minus, das der organisch Geschädigte damit der Umwelt gegenüber hat, sucht er nun dadurch auszugleichen, daß er sich gleichsam ein neues Milieu schafft oder, um mit *Goldstein*

zu sprechen: Da die Adäquatheit zwischen Ich und Außenwelt gestört ist, da diese seiner Wesenheit nicht mehr entspricht, kann der kranke Organismus nur so in Ruhe und ohne Existenzgefährdung bestehen, daß er sich eine neue Umwelt schafft, die ihm adäquate Lebensmöglichkeiten bietet.

Wir wollen versuchen, bei unseren Kranken zu erkennen, wie das in ihrem Verhalten in Erscheinung tritt.

Gehen wir zunächst einmal vom Normalpsychologischen aus. Wenn man vor eine neue Situation oder Aufgabe gestellt wird, der man sich zunächst nicht gewachsen fühlt oder die man nicht zu übersehen vermag, so kann man erstens einmal überhaupt von vornherein versagen und ablehnen — wie das bei unseren Kranken in Erscheinung tritt, haben wir eben zu zeigen versucht — oder aber man versucht einen Überblick zu gewinnen, indem man irgendwelche Ordnungstendenzen einführt, sozusagen eine Sichtung vornimmt. Es ist dabei zu bemerken, daß derartige Dinge nur zum geringsten Teil denkmäßig erlebt werden, sondern vielmehr häufig von einem starken Gefühlston begleitet sind, da sie, z. B. eine gefahrvolle Situation angenommen, die Belange der Existenz berühren.

Diese Ordnungstendenzen lassen sich bei fast jeder schweren organischen Schädigung auffinden. Die Kinder werden in auffälligem Maße übertrieben ordentlich und peinlich. Sie befinden sich nur dann im seelischen Gleichgewicht, wenn alles seinen gewohnten und genau geregelten Gang geht. Ihre Gewissenhaftigkeit übersteigert sich in einer oft geradezu grotesk anmutenden Pedanterie. Diese erstreckt sich über die gesamte Tagesordnung, über die Beschäftigung und über die Beziehungen zu Gegenständen. Auffallend häufig wird die Symmetrie bevorzugt oder es werden z. B. bei Legespielen die Farben in bestimmten Reihenfolgen ausgewählt. Beim Auflegen des Tischtuches muß jede Falte verschwinden, und die Kleider werden immer wieder glattgestrichen, unzählige Male werden die Hände gewaschen usw. Kleine Ämter auf der Station werden gewissenhaft ausgeübt. Die Schränke sind in peinlicher Ordnung, jeder Gegenstand hat genau seinen Platz. Eine Patientin (Martha H., genuine Epilepsie, 12 3/4 J. alt, Beginn der Erkrankung mit 4 J.) schrieb in pedantischer Weise Tonleitern auf einen Zettel und bat immer wieder, diese noch einmal ordentlich abschreiben zu dürfen. Bei einem winzigen Loch in einem Stück Papier verlangt sie ein neues, beim Halmaspiel ordnete sie immer wieder die Steine nach einer Richtung usw. Weitere Beispiele finden sich unten bei den einzelnen Krankheitsfällen.

Wird bei den Beschäftigungen einmal eine Form begriffen, so wird sie immer und immer wieder in stereotyper Weise ausge-

führt. Die Kranken beharren dann darauf und sind nicht zu bewegen, etwas anderes darzustellen. Hindert man sie doch daran, so antworten sie mit dem bekannten affektiven Übermaß an Abwehrreaktionen. Die Fixation der Leistung führt also zum Haften und Kleben an den Dingen, zur Perseveration, und diese nimmt zu mit der Schwierigkeit der Aufgabe *(Heilbronner)*. Die Genauigkeit und Peinlichkeit ist meist verknüpft mit einer erheblichen Umständlichkeit. So malt eine Kranke mit großer Umständlichkeit an einem Bilde mit einigen hundert Sternen, die alle gleich groß waren. Sie verlangte dabei nicht nur dieselbe Farbe, sondern auch dieselben Buntstifte. Es ist alles auf Gleichartigkeit abgestellt, die eingefahrenen Bahnen werden mit Zähigkeit festgehalten. Die Auswahlmöglichkeiten in Form des freien, willkürlichen Entschließens und des weitgespannten intentionalen Handlungsentwurfes fehlen. Die Persönlichkeit ist einförmig geworden und neigt zu automatenhaft anmutenden Reaktionen, so z. B. wenn eine Epileptika (Irmgard K., 10 J. alt) alles Vorgeschriebene peinlich abschreibt, es aber selbst nicht wieder lesen kann.

Der Interessenbereich der Kranken ist stark eingeengt, sie bewegen sich häufig im Kreise gleicher Vorstellungen, knüpfen immer wieder an Vergangenes an und sprechen gern von familiären Beziehungen. Besonders unter den Epileptikern findet man häufig ein übertriebenes Gefühl für Gerechtigkeit und die sogenannte Hypersozialität bezüglich der Einordnung. Auch das ist verständlich, wenn man bedenkt, daß immer gerade derjenige, der sich der Umwelt nicht gewachsen fühlt, am meisten für die sogenannte »Ruhe und Ordnung« plädieren wird. Alles, was störend und ändernd eingreifen könnte, wird abgelehnt, da alles Unvorhergesehene gefährdend für die Adäquatheit des Kranken und seiner Umwelt ist. Störend wird also immer das Neue erlebt, daher auch die sogenannte Neuerungsunfähigkeit. Die Kranken finden sich nur langsam in neuen Situationen zurecht, sie sind dann meist hilflos und stehen unschlüssig da. Angst in der Art von Existentialangst bricht aus. Sie versagen, finden sich in der neuen Gegebenheit nicht zurecht. Die labile, bereitliegende Affektivität bricht explosiv hervor als Katastrophenreaktion. Die Kranken fangen an zu weinen und können sich nur langsam wieder beruhigen. Eine Patientin (Gerda K.) reagierte bei jeder neuen Situation mit affektiven Tonusverlusten. Es tritt verzögertes Sprechen und motorische Unruhe ein. Eine andere fängt, als man ihr eine Rechenaufgabe vorlegt, sofort an zu weinen. Man beobachtet z. B. Versagen beim Suchen von Gegenständen. Die Augen irren im Raume umher, ohne systematisch zu suchen. Zu fremden Beschäftigungen wird lange Zeit gebraucht, die Einfälle sind dürftig, es wird mehr nachgeahmt als eigenes geschaffen.

Aus dem Geschilderten ging hervor, in welcher Weise der geschädigte und dadurch gefährdete Organismus versucht, die gestörte Adäquatheit wieder herzustellen und zu verteidigen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Umwelt, so wie sie für den Gesunden tragbar ist, das für den Kranken mehr oder weniger nicht mehr ist. Krankheit führt also auch hier letztlich zu einem Verlust der Gemeinschaft und damit schließlich der Welt. Der Kranke stellt sich auf sich selbst ein, er wird egozentrisch. Nach *Laubenthal* (Über Pseudohysterie) führt die organische Persönlichkeitsveränderung zu einer Erhaltung der Personwertgefühle im Sinne von *Neumann* bei allgemeiner Senkung des Persönlichkeitsniveaus im Sinne von *Stertz*. Die Erschütterung des eigenen Personwertes wird als Angst erlebt (Katastrophenreaktion *Goldsteins*). Es kommt zur Einengung der Interessen auf die Erhaltung der Personwerte.

Beispiele für die organische Grundstörung an Hand einzelner Krankheitsfälle.

(Es werden jeweils nur die entsprechenden Veränderungen berücksichtigt.)

1. Martin J. Alter: 10 J. 6 Mon.

Diagnose: Genuine Epilepsie (Anfälle, Charakterveränderung, Demenz).

Beginn der Anfälle mit 4 J. Dauer der Erkrankung 6 J. 6 Mon.

Prämorbid: Von Jugend an stets auffällig still, meist abgesondert von anderen; Sammeltrieb. Zunächst gutmütig und leicht zu lenken.

Persönlichkeitsveränderung seit dem 8. J.

Epithyme Züge: Verlangsamt, umständlich, schwerfällig, torpid, eigensinnig und störrisch; erhöhte Reizbarkeit. Pedanterie: Sortiert fortwährend seine Bildersammlung. Mit $12^1/_2$ J. (2 J. später): Die Anfälle sind seltener geworden, die Torpidität und Reizbarkeit hat zugenommen.

2. Johannes K. Alter: 1. Aufn. 11 J.

D.: Genuine Epilepsie (große Anfälle, Absenzen).

Beginn der Erkrankung im Alter von 8 J. 3 Mon. mit Absenzen. Dauer: 2 J. 9 Mon.

1. großer Anfall: $10^1/_2$ J.

Auffällige Wesensveränderung seit $10^3/_4$ J. ($2^1/_2$ J. nach Beginn der Erkrankung).

Wesensänderung: Pat. ist nörgelig, reizbar, umständlich, pedantisch, verlangsamt, schwer umstellbar, initiativelos und zeigt erhöhte Ordnungsliebe.

2. Aufnahme: 11 J. 9 Mon. ($3^1/_2$ J. nach Beginn der Erkrankung): Fortgeschrittene Verlangsamung und Pedanterie, Neuerungsunfähigkeit. Er ist klebrig und zudringlich sowie sehr stark reizbar.

3. Martha H. Alter: 1. Aufn. $12^3/_4$ J.
2. „ 15 J.
3. „ 18 J.

D.: Genuine Epilepsie (Charakterveränderung, beginnende Demenz).
Beginn der Erkrankung: Anfälle seit dem 4. J.
Dauer der Erkrankung: $8^3/_4$ J.

Wesensveränderung: Mit $12^3/_4$ J.: Keine Verlangsamung, ist sehr lebhaft und umtriebig, dabei sehr freundlich und hilfsbereit. Starker Gerechtigkeitssinn (Sobald sie sich benachteiligt fühlt oder zu Unrecht bestraft glaubt, wird sie schnippisch und störrisch, zeigt sich rechthaberisch. Gerät leicht in Streit, wird dann heftig und schlägt unter Umständen um sich).

15 J.: Patientin lehnt jede Beschäftigung ab, verlangt eine Sonderstellung. Sie ist langsam und schwerfällig, pedantisch und genau. Redet dauernd in breiter und umständlicher Weise. Ihr Interessenkreis ist außerordentlich eingeengt. Alles scheint sich nur um ihre Krankheit zu drehen.

18 J.: Pat. sitzt stumpf umher und ist phlegmatisch. Allgemeine Verschlimmerung.

4. Edith K. Alter: 10 J.
D.: Genuine Epilepsie (große Anfälle, Absenzen, Müdigkeitszustände, Charakterveränderung, Verstimmungen, beginnende Demenz).
Beginn der Erkrankung: $9^1/_2$ J.
Schwere der Erkrankung: Anfälle aller 8 Tage zu ganz verschiedenen Tages- und Nachtzeiten. Vor und nach den großen Anfällen bis zu 40 Absenzen am Tag. Absenzen nur an Tagen, wo große Anfälle auftreten.
Prämorbider Charakter: Verträglich und kameradschaftlich, leicht erziehbar, anhänglich und zutraulich, charakterlich unauffällig. Spielt mit Ausdauer, ist lebhaft und hilft aus eigenem Antrieb.
Wesensveränderung: Epithyme Züge. Sie ist immer außerordentlich brav. Ließ bei einem Besuch der Kleinmesse niemals die Hand der Erwachsenen los und befolgt pedantisch genau alle Anweisungen. Pat. ist sehr umständlich. Bevorzugung der Symmetrie, z. B. beim Aneinanderreihen von Bausteinen, wenn sich etwas verschiebt, ist sie sofort gereizt. Ausgesprochener Gerechtigkeitssinn. Sie ist oft sehr nachtragend. Auf ein Mädchen, das sie morgens geweckt hatte, schimpfte sie den ganzen Tag (»Das vergesse ich ihr nicht so bald, die kann lange warten, bis ich wieder mit ihr spreche«).
Sammeltrieb: hebt kleine Garnreste, Papierschnitzel usw. auf und bringt sie der Hortnerin oder trägt sie selbst in den Papierkorb.
Tempo: Pat. ist verlangsamt, beteiligt sich wenig am Unterricht. Sie läßt die Fragen an sich herankommen und erzählt meist nur, wenn es sich um Erlebnisse aus dem häuslichen Formenkreis handelt.
Niveausenkung: sie ist bei allen Beschäftigungen unsicher.

5. Ilse R. Alter: 16 J.
D.: Große epileptische Anfälle und Dämmerzustand (Little?, Demenz und Charakterveränderung).
Beginn der Erkrankung mit 16 J.
Entwicklung: Pat. hat erst mit 4 J. Laufen und Sprechen gelernt.
Prämorbider Charakter: War immer ein lebhaftes Kind, außerordentlich geduldig und gutmütig, stets folgsam und bereitete niemals Erziehungsschwierigkeiten.
Intellektuelle Veranlagung: Pat. besuchte die Hilfsschule.

Wesensveränderung: Es besteht enorme Antriebsarmut. Sie mußte oft direkt auf einen Platz geschoben werden, da sie sich nicht vom Flecke rührte. Automatie: Fängt sie überhaupt einmal an zu reden, so hört sie so bald nicht wieder auf. Zeigt klebrige Aufdringlichkeit besonders Erwachsenen gegenüber.

6. Inge E. Alter: 15 J.

D.: Genuine Epilepsie (Anfälle, Absenzen, Charakterveränderung, Demenz, erethische Phase).

Wesensveränderung: Es besteht starke Erregbarkeit und Explosibilität. Sie ist außerordentlich reizbar. Egozentrisches Verhalten, will stets im Mittelpunkt stehen. Einfache Arbeiten erledigt sie ordentlich, aber langsam.

7. Gertrud L. Alter: 17 J.

D.: Genuine Epilepsie (Anfälle, beginnende Demenz, Charakterveränderung).

Beginn der Erkrankung: 1. Anfall mit 16 J.

Prämorbider Charakter: Pat. war von jeher eigenwillig und starrköpfig. Sie behauptete immer ihren Standpunkt, bereitete erzieherische Schwierigkeiten. Gegen Strafen war sie wenig beeindruckbar, aber anhänglich an die Angehörigen. Die Kranke war von jeher außergewöhnlich ordentlich und eigenwillig in der Aufbewahrung ihres Eigentums.

Charakterveränderung: Pat. erscheint verlangsamt, antriebsarm, torpid und schwer anregbar.

Umständlichkeit: Bei Erzählungen häuslicher Erlebnisse beschreibt sie jede Kleinigkeit auf das genaueste.

Neuerungsunfähigkeit: Neuen Aufgaben gegenüber zeigt sie sich hilflos. Sie führt immer wieder dasselbe aus, steht unschlüssig da. Meist sitzt sie beschäftigungslos herum, wenn sie aber einmal eine Arbeit begonnen hat, so bleibt sie rein mechanisch dabei und kann nur schwer davon loskommen.

8. Hertha H. Alter: 17 J.

D.: Genuine Epilepsie (Absenzen, Demenz).

Beginn der Erkrankung: 1. Anfall im 12. Lebensjahr nach einer Grippe. Verlauf: Vom 15. J. ab (3 J. nach Beginn) Häufung der Anfälle, die früher alle 3 Mon., jetzt alle 4 Wochen auftreten.

Prämorbider Charakter: Sie war unselbständig, wenig anstellig und pedantisch auf ihre Sachen bedacht.

Jetziger psychischer Zustand: Sie ist außerordentlich gleichgültig, auffallend träge und arbeitsunlustig, im Tempo deutlich verlangsamt, ist umständlich und weitschweifig. Verstumpfung und Verflachung: Pat. muß zu allem aufgefordert werden, sie sitzt meist initiativelos herum und findet sich in einer neuen Situation nur langsam zurecht.

9. Alfred D. Alter: $8^1/_2$ J.

D.: Genuine Epilepsie (Absenzen, Wesensveränderung).

Heredität: Mutter des Patienten leidet ebenfalls an Epilepsie.

Beginn der Erkrankung: Krampfähnliche Zustände und Absenzen mit $7^1/_2$ J.

Dauer der Erkrankung: 1 J.

Charakterveränderung: Verlangsamung: Er ist bummlig geworden, braucht zu Wegen, die 5 Min. dauern, 1 Stunde; muß zu allem aufgefordert werden. Er ist stumpf und gleichgültig.

Antrieb: Sucht sich aus eigenem Antrieb Beschäftigung.

Verlust der Initiative und Pedanterie: Während früher von ihm alles auseinandergenommen und untersucht wurde, hält er seine Spielsachen jetzt sehr sorgfältig, und niemand darf sie angreifen. Seine Bildersammlungen ordnet er sehr oft und bewahrt sie sorgfältig auf. Der Mutter fiel besonders die zunehmende starke Reizbarkeit und allgemeine Verlangsamung auf.

10. Erich K. Alter: $6^1/_2$ J.

D.: Genuine Epilepsie. (Charakterveränderung).

Beginn der Erkrankung: Anfälle seit dem 2. Lebensjahr.

Schwere der Erkrankung: Anfälle zuletzt mehrmals am Tage, auch nachts.

Charakterveränderung: Pat. ist verlangsamt, umständlich und schwerfällig.

Neuerungsunfähigkeit, Perseveration: Er ist von einer Beschäftigung nicht abzubringen, kommt immer wieder auf das Zeichnen und Malen zurück, verlangt beharrlich einen ganz bestimmten farbigen Papierstreifen, alles andere lehnt er ab, fordert in pedantischer Weise seinen eigenen Bleistift, der mit unter das Klinikmaterial gekommen war.

Mit der Zeit ist zunehmende Reizbarkeit zu beobachten.

Nachtrag: Frühere körperliche Erkrankungen: Enuresis nocturna, vom 3. Monat ab fortschreitende Vergrößerung des Hirnschädels. Seit Einsetzen der hydrocephalen Erscheinungen hat Pat. öfters stark erbrochen. Nach Lumbalpunktion (Kinderklinik Prag) soll wesentliche Besserung des Zustandes eingetreten sein.

11. Hildegard B. Alter: 11 J.

D.: Genuine Epilepsie, Imbezillität.

Dauer der Erkrankung: 2 J.

Wesensveränderung: Sie ist auffallend peinlich und stark verlangsamt.

Katastrophenreaktion: Sie fängt gleich an zu weinen, wenn sie auf einen Fehler aufmerksam gemacht wird. Tritt etwas nicht Alltägliches an sie heran, so versagt sie und wird ängstlich.

12. Gertrud L. Alter: 17 J. 2 Mon.

D.: Genuine Epilepsie.

Beginn der Erkrankung: $^1/_2$ J.

Wesensveränderung: In der letzten Zeit ist starke Verlangsamung eingetreten. Patientin ist schwer anregbar und antriebsarm. Neuen Aufgaben gegenüber zeigt sie sich hilflos. Sie steht unschlüssig da und ist ohne Initiative.

13. Elly L. Alter: 18 J.

D.: Verdacht auf genuine Epilepsie.

Psychischer Status: Patientin übernimmt bereitwilligst Hausarbeiten, die sie gewissenhaft und mit peinlicher Ordentlichkeit ausführt. In der Ausführung ist sie langsam, in ihrem Verhalten schwerfällig, breit und umständlich.

14. Erika P. Alter: 18 J.

D.: Genuine Epilepsie.

Epithymie: Sie ist stark pedantisch. Beim Grundrißzeichnen zieht sie jeden Strich mit dem Lineal; ein verbogenes Lineal lehnt sie ab. Ihren

Platz räumt sie immer peinlich sauber auf. Sie verbessert jeden kleinen Fehler ihrer Kameradinnen und hat einen übertriebenen Gerechtigkeitssinn. Sie ist im Wesen stark verlangsamt.

15. Marianne G. Alter: 12 J.

D.: Jackson-Anfälle nach Encephalitis, spastische Hemiparese.

Organische Wesensänderung: Pat. steht fremden Situationen häufig ängstlich gegenüber und begreift Neues nur schwer. Sie bringt in ihrer breiten, umständlichen und klebrigen Art immer wieder dieselben Wünsche vor.

16. Margarethe U. Alter: 16 J.

D.: Symptomatische Epilepsie, spastische-postencephalitische Hemiparese.

Wesensänderung: Pat. bewegt sich stets im gleichen Kreise von vergangenen Erlebnissen. Sie ist antriebsarm und gleichgültig. Wenn sie etwas tut, dann mit auffallender Pedanterie. Sie haftet lange an Ideen und Ausdrücken. Die bestehende Reizbarkeit wird von völliger Stumpfheit abgelöst.

17. Brunhilde F. Alter: 16 J.

D.: Epileptiforme Anfälle.

Organische Veränderung: Pat. arbeitet langsam und umständlich. Sie ist sofort entmutigt, wenn sie beim ersten Anlauf keinen Erfolg hat. Stark egozentrische Einstellung.

18. Ilse Sch. Alter: 12 J.

D.: Unklares organisches Hirnleiden (epileptiforme Anfälle, Intentionsataxie links).

Organische Wesensänderung: Pat. ist besonders vor neuen Situationen ängstlich und unsicher. Katastrophenreaktion: Bei Zunahme ihrer Unsicherheit fällt erhöhte motorische Unruhe auf, sie scheuert mit den Füßen, zupft mit den Händen am Kleid, rutscht unruhig hin und her.

Sie zeigt keine Initiative und ist unfähig zu eigenen Ideen und Plänen. Sie hat ein großes Anhänglichkeitsbedürfnis.

Mit Fortschreiten des organischen Prozesses wird Pat. zunehmend langsamer und umständlicher.

19. Hanni D. Alter: $8^1/_2$ J.

D.: Meningitis (?), Encephalitis (?) Organische Demenz.

Organische Wesensänderung: Pat. ist torpide, völlig antriebslos und sitzt tatenlos herum. Sie ist ohne Initiative. Nichts scheint sie zu beeindrucken oder anzuregen. Wenn man etwas von ihr verlangt, so beginnt sie sofort zu weinen. Sie ist ängstlich, selbstunsicher und schutzsuchend.

20. Rudolf H. Alter: $10^1/_2$ J.

D.: Lues congenita.

Prämorbid: Pat. war bis zu $8^1/_2$ J. im wesentlichen unauffällig und leicht zu erziehen.

Wesensänderung: Er ist torpide, abgestumpft, zeigt für nichts ausgesprochenes Interesse. Dabei besteht starker Sammeltrieb (Nägel, Eisenteile, Papierreste, Bindfäden).

21. Anna B. Alter: 17 J.

D.: Lues congenita.

Wesensveränderung: Erheblicher Mangel an Antrieb und Schwung. Von sich aus unternimmt Pat. überhaupt nichts. Sie ist stumpf,

ohne Initiative und gleichgültig. Katastrophenreaktion: Pat. zieht sich sofort scheu zurück, wenn sie merkt, daß sie einer Sache nicht gewachsen ist. Als sie eine Nacherzählung eines Märchens schreiben sollte, fing sie gleich an zu weinen, weil sie selbst den Eindruck hatte, sie könnte der Dinge nicht Herr werden.

Die Kranke ist in der letzten Zeit sehr lügenhaft, liederlich und unsauber geworden.

22. Ruth C. Alter: 10 J.

D.: Lues congenita.

Organische Niveausenkung: Pat. zeigt Mangel an Ausdauer. Sie behauptet vor jeder neuen Arbeit, sie nicht ausführen zu können. Es besteht starke Neigung zu Sammeltrieb.

23. Marianne B. Alter: 9 J.

D.: Lues congenita (beginnende progr. Paralyse?).

Wesensveränderung: Pat. ist interesselos, ohne Initiative und muß zu jeder Beschäftigung angehalten werden. Sie ahmt nur nach und tut nie etwas eigenes. Selbst ganz einfachen Situationen steht sie hilflos gegenüber. Sie ist gleichgültig, nachlässig und liederlich.

24. Ursula G. Alter: 17 J.

D.: Lues congenita cerebro-spinalis, juvenile Paralyse.

Wesensveränderung: Pat. ist kindlich, unselbständig. Wo sie glaubt zu versagen, weigert sie sich mitzuspielen. Sie ist ganz ichbezogen. Ihre geistigen Inhalte sind auf wenige Dinge eingeschränkt, wobei die Krankheit eine große Rolle spielt.

25. Gerda K. Alter: 13 J.

D.: Zustand nach Encephalitis epidemica (neurologisch: spastisch-paretische Erscheinungen rechts).

Akute Erkr.: Im Alter von 1 J. trat eine Schlafstörung auf in Form von Schlafverschiebung. Pat. schlief $1^1/_2$ J. lang nur von 5 Uhr morgens bis mittags 12 Uhr.

Organische Wesensveränderung: 1. Starke Antriebsverarmung. 2. Katastrophenreaktion: Bei einer plötzlichen Änderung der Situation sowie bei Fragen, die man an die Patientin richtet, treten affektive Tonusverluste auf, bei denen sie nach hinten umfällt.

3. Neuerungsunfähigkeit, Haften: Pat. verharrt stundenlang bei einer Arbeit, ohne etwas anderes zu verlangen. Sie zeigt sich bei allem ängstlich und unsicher, besonders wenn sie etwas Neues tun soll. Sie versagt gänzlich, wenn es sich um schnelles Reagieren handelt; also wenn sie sich einer neuartigen Situation gegenübersieht. Es tritt dann meist Verzögerung im Sprechen auf, und erhöhte motorische Unruhe. Sie läuft immer ängstlich an der Wand entlang (Vermeiden der Leere, des freien Raumes (*Goldstein*)).

4. Ordnungssinn, Egozentrizität. Pat. hängt sehr an ihren Sachen und räumt gern auf.

26. Marianne J. Alter: 8 J.

D.: Status Postencephaliticus (?)

Anamnese: Mit 4 J. absenzartige Erscheinungen.

Mit 5 J. große nächtliche Anfälle mit klonisch-tonischen Zuckungen, Amnesie. Dauer: 2 Minuten.

Wesensveränderung: Zu Beginn bestand bei der Patientin eine dranghaft-erethische Veränderung mit Zerstörungssucht, Hyperkinese usw.

Mit der Zeit wird sie etwas ruhiger und zeigt sogar eine gewisse Tenazität und Perseveration. Manchmal fällt eine epileptoide Genauigkeit und Pedanterie auf. Ihre breite Umständlichkeit und Genauigkeit nimmt mit der Zeit immer mehr zu.

27. Minna F. Alter: 16 J.

D.: Status Postencephaliticus.

Akute Erkr.: Im Alter von 10 J. Fieber, Augenmuskellähmungen, Schauanfälle, Sialorrhoe.

Wesensveränderung: Pat. ist verlangsamt und umständlich. Es muß alles mit peinlicher Genauigkeit und Pedanterie geschehen. Über Unordnung in ihren Sachen ist nicht zu klagen.

28. Fritz G. Alter: 9 J.

D.: Postencephalitische Wesensänderung.

Akute Erkr.: Mit $1^1/_4$ J.

Wesensveränderung: Akzentverschiebung ausgesprochen nach der Richtung des Dranghaft-Erethischen.

Außerdem: Pat. haftet zäh an dem, was er sich einmal vorgenommen hat und nichts kann ihn davon abbringen.

29. Wolfgang Sch. Alter: $12^3/_4$ J.

D.: Postencephalitischer Charakterwandel.

Prämorbid: Pat. war ein gewecktes und munteres Kind.

Akute Erkr.: Im Alter von 12 J. 4 Mon. Auftreten von Kopfschmerzen, Erbrechen, Schnupfen, starrer Gesichtsausdruck. Von dieser Zeit ab datiert die Wesensveränderung: Pat. ist sehr verlangsamt, schwerfällig und täppisch. Es kam bei ihm Stunden nach der Binet-Simon-Prüfung spontan im Garten zur Beantwortung von Fragen.

Bei der 2. Aufnahme im Alter von 14 J. ist eine weitere Verlangsamung eingetreten.

30. Heinz O. Alter: 18 J.

D.: Zustand nach Encephalitis epidemica (Beginnende Amyostase).

Akute Erkrankung: Im Alter von 4 J.

Organische Wesensänderung: Pat. ist in allen Leistungen deutlich verlangsamt. Er ist schwunglos und schlampig beim Arbeiten und weist jede Anregung von sich. Pat. muß zu allem geschoben werden. Nur ganz selten redet er einmal über etwas, so daß man über seine Kenntnisse erstaunt ist. Pedanterie: Er legt pedantisch ein Muster aus bunten Täfelchen, zeichnet es dann auf ein Blatt Papier und malt es umständlich und sauber aus.

31. Hans L. Alter: 7 J.

D.: Postcommotionelle Wesensänderung mit absenzartigen Zuständen. Unfall mit $6^1/_4$ J.

Organische Wesensänderung: Verlangsamung: Alle psychischen Vorgänge erscheinen außerordentlich in die Länge gezogen.

Als Zeichen organischer Veränderung fällt seine Beharrlichkeit auf. Er haftet an dem Altbekannten, verlangt z. B. immer wieder einen Stabilbaukasten, den er auch zu Hause gehabt hat. Er stellt sich schwer um. Pat. zeigt Freude an monotonen Bewegungen, die mit Geräuschen verbunden

sind (taktmäßiges Schlagen mit der Faust gegen den Schrank). Er kann stundenlang auf einem Fleck sitzen. Außerdem ist er selbstunsicher, ängstlich, anhänglich und hilfsbereit.

Charakteristisch sind einige Beobachtungen, die in einem Schulgutachten niedergelegt wurden. Der Lehrer schreibt u. a.: »Es zeigt sich auf einmal, daß er nicht so teilnahmslos dem Unterricht gefolgt sein kann, wie ich anfangs annahm, bzw. seinem Verhalten nach annehmen mußte. Zu meinem Erstaunen konnte ich jetzt feststellen, daß er die mit der Klasse geübten Buchstaben kennt und einfache Silben und Worte lesen kann. Man muß ihn freilich dazu einzeln vornehmen, am besten sich zu ihm setzen... es fehlt also wohl die Fähigkeit, sich zu konzentrieren... Sich selbst überlassen, bringt er nichts als eine wirre Krakelei fertig. Im Rechenunterricht meldete er sich in der letzten Zeit sehr viel. Gefragt, gab er regelmäßig die Antwort — die gestellte Aufgabe mochte lauten wie sie wollte —: »1 + 1 = 2«. Ich kann mich entsinnen, daß ich ihn zu Anfang der Schulzeit einmal diese Aufgabe habe rechnen lassen. Als er die Lösung nach einigem Mühen fand, wurde er von mir sehr gelobt. Für Lob ist er aber äußerst empfänglich«.

32. Hans H. Alter: $8^1/_4$ J.

D.: Chorea minor.

Erkrankungsalter: 7 J.

Nach der Erkrankung fällt der Mutter eine Wesensänderung auf.

Pat. ist im Spiel unproduktiv. Er ist verlangsamt, leicht ermüdbar und zeigt nur kurzdauerndes Interesse. Alles stört ihn, er will immer seine Ruhe haben.

33. Ingeborg L. Alter: 10 J.

D.: Chorea minor.

Prämorbid: Pat. war ein sehr lebhaftes und gutmütiges Kind.

Veränderung: Pat. zeigt jetzt wenig Ausdauer, sie fängt viel an, läßt aber alles bald liegen.

34. Elfriede E. Alter bei der 1. Aufnahme: 5 J. 10 Mon.

D.: Chorea minor.

Veränderungen im Sinne der organischen Grundstörung: Pat. zeigt wenig Ausdauer. Sie ist sehr ordentlich und peinlich, besteht eigensinnig auf ihren Wünschen, hängt sehr an ihrem Eigentum und hat perseveratorische Züge.

4. Akzentverschiebung und Schlußbetrachtung.

Nachdem wir versucht haben, die Art der affektiven Veränderungen unserer Kranken zu schildern und wenn möglich zu verstehen, wollen wir uns jetzt damit beschäftigen, nach welcher Richtung hin sich der Akzent bei den verschiedenen Krankheitsformen verschiebt.

In einem gedachten Idealfall sind die bei der psychologischen oder psychopathologischen Analyse isolierbaren seelischen Radikale gleichmäßig verteilt und gut gegeneinander abgewogen; man kann dann von einem »ausgeglichenen« Charakter sprechen. Daß diese Forderung auch innerhalb der Spielbreite

des Normalen fast nie erfüllt ist, braucht nicht weiter hervorgehoben zu werden; aber auch ohne eine organische Erkrankung findet man häufig ein Mißverhältnis innerhalb der einzelnen Elemente, ein Überwiegen oder Unterliegen, eine Überentwicklung oder ein starkes Zurücktreten einzelner Richtungen des Seelischen, mitunter bis zu grotesk monströsen Ausmaßen, wie das z. B. *Schröder* und *Heinze* (Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten) dargetan haben. Auf dieses große Gebiet des Abartigen, »Psychopathischen«, das wahrscheinlich zum Teil erbgesetzlich bestimmt ist, kommt es uns hier nicht an, sondern um die Verschiebungen bei dem prämorbid »Normalen« nach der Seite des Pathologischen.

Grobe charakterliche Abartigkeiten in einem nennenswerten Ausmaße waren, soweit sich das anamnestisch mit Sicherheit feststellen läßt, bei unseren Kindern und Jugendlichen vor der Erkrankung fast nicht feststellbar, so daß die Krankheitsveränderung, die die Persönlichkeit erlitten hat, etwas völlig Neues darstellt.

Beginnen wir wiederum mit den Symptomen des Dranghaften.

In der reinsten und ausgeprägtesten Form fanden wir eine Akzentverschiebung nach dieser Seite hin bei den Postenzephalitikern, wo ja diese Erscheinungen auch zuerst beschrieben worden sind. Man hat dabei den Eindruck, als ob die Symptome umso stärker auftreten, je jünger das betreffende Individuum ist. Die Drangerscheinungen selbst, das betont auch *Thiele*, sind keine eigentlichen Umwandlungen in dem Sinne, daß ursprüngliche, prämorbide Charaktereigenschaften verdrängt oder ersetzt werden, sondern sie sind unmittelbar organisch bedingte Veränderungen der Verhaltensweise überhaupt. Zu den echten Charakterveränderungen im Sinne der Struktur *(Klages)* sind eigentlich nur die Veränderungen in der Art und im Ablauf des Stimmungsmäßigen und Gefühlsmäßigen zu rechnen, die Affektlabilität, Reizbarkeit, Explosibilität — Symptome, die bei allen organischen Schädigungen nachweisbar sind.

Das Syndrom des Dranges selbst (dranghafte Unruhe, Dranghandlungen, Erethie) war aber keineswegs spezifisch für die Postenzephalitiker, sondern ebenfalls nachweisbar, wenn auch nach Häufigkeit und Intensität nicht in dem Umfange, bei Epilepsie, Tumoren und Lues congenita cerebro-spinalis.

Es scheint sich bei diesem Syndrom um eine spezifische Reaktion des kindlichen Gehirnes auf die verschiedensten exogenen Noxen zu handeln (*Heinze,* Das Syndrom der dranghaften Erethie im Kindesalter). Auch von *Bostroem* (Willenspathologie

in *Bumkes* Handb. d. G.) ist das Auftreten von Drangzuständen bei Enzephalitikern und Epileptikern untersucht worden.

Das Syndrom ist in seiner vollen Ausprägung in der Psychopathologie der Erwachsenen nicht vorhanden.

Beispiele:

Anmerkung: Während im psychopathologischen Teil bei den angeführten Beispielen immer nur die entsprechenden Veränderungen mitgeteilt wurden, soll bei den folgenden Fällen das psychische Gesamtbild entworfen werden.

Die hier angeführten Beispiele sind charakteristisch für Akzentverschiebung nach der Seite des Dranghaften hin.

1. Rudi K. Alter: 9 J. 1 Mon.

Diagnose: Traumatische Epilepsie.

Mit 2 J. 5 Mon. schwerer Schädelbruch mit Eröffnung der Schädelkapsel.

Neurologisch bestand bei der 1. Aufnahme starke spastisch-ataktische Lähmung des linken Armes und Reste einer linksseitigen Fazialisparese.

Psychische Veränderungen: $^1/_2$ J. nach dem Trauma wurde Patient sehr empfindlich, unruhig und schwer zu behandeln. Es bestand abnorme Unruhe und der Drang, nach allen Gegenständen zu greifen.

1 J. 1 Mon. nach dem Unfall: Auftreten von Anfällen von absenzartigem Charakter.

2 J. nach dem Unfall: Pat. ist zu Zeiten unausstehlich, weinerlich, jähzornig, nörgelig. Bei der Untersuchung ist er außerordentlich unruhig und widerspenstig. Er bekommt förmliche Wutanfälle, in denen er um sich schlägt und tritt.

4 J. nach dem Unfall: Pat. tyrannisiert die Umgebung, schlägt seine Geschwister, hat Zerstörungssucht. Er beißt und wirft mit Gegenständen. Bei der Untersuchung ist er beinahe erethisch.

5 J. nach dem Unfall: Pat. ist dranghaft erethisch, hyperkinetisch, unruhig und nicht fixierbar. Es wurden hochgradige ängstliche Erregungszustände beobachtet. Er wird aggressiv und beschimpft die Erzieherin mit unflätigen und gemeinsten Ausdrücken. Bei Versagen tritt mißmutig-gereizte Verstimmung ein. Außerdem ist deutliche psychische Verlangsamung festzustellen. Er zeigt erhöhte Reizbarkeit mit Neigung zu explosiv-primitiven Äußerungen.

Triebverhalten: Freßgier.

Neuerungsunfähigkeit: Pat. widerstrebt in grober, rücksichtsloser Weise.

Gemüt: Zutrauliche Anhänglichkeit. Er ist sehr dankbar für Ermutigungen.

2. Ein charakteristischer Fall für eine hierher gehörige Akzentverschiebung ist der Patient

Willy B., bei dem eine Hirncyste von Zitronengröße im linken Scheitellappen festzustellen war. Es soll auf diesen Fall an dieser Stelle nur noch einmal erinnert werden, da er im psychopathologischen Teil bereits ausführlich geschildert wurde.

3. Einen ähnlichen, wenn auch nicht so ausgesprochenen Fall stellt die Patientin

Edith W., Alter: $8^1/_2$ J., dar.

Diagnose: Tumor cerebri (?) (linke Großhirnhemisphäre, Basis, doppelseitige Sehnervenatrophie).

Anamnese: Pat. gibt bei der Aufnahme an, daß sie schon von jeher schlecht gesehen habe und häufig an Kopfschmerzen litt.

Beginn der Veränderungen: Schon mit $6^1/_2$ J. fiel Pat. in der Schule durch ihr unruhiges, unkonzentriertes und faseliges Verhalten auf. Sie war wegen ihres unruhigen und sprunghaften Wesens schwer zu erziehen. Konnte nie still sitzen. Sie ist sehr inkonstant in ihrem Verhalten, läuft plötzlich unmotiviert davon, ist umtriebig, unverträglich und teilweise aggressiv gegen andere Kinder.

Auffällig ist ferner starke Reizbarkeit, Enthemmtheit und affektive Unbeherrschtheit. Sie fängt häufig ganz plötzlich an zu weinen. Ihre Stimmung ist sehr labil und inkonstant, meist ängstlich, weinerlich und nörgelig.

2 J. später, nachdem Pat. mit Röntgenbestrahlungen behandelt worden ist, ist sie fast völlig beschwerdefrei. Sie erscheint der Mutter wesentlich beruhigter, auch ihre Weinerlichkeit hat bedeutend abgenommen.

3 J. später: Befinden weiterhin gut, zufriedenstellende Schulleistungen, keine Umweltschwierigkeiten. Sie ist aber noch etwas sprunghaft in ihren Freundschaften und in ihren Beschäftigungen.

4 J. später: Keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen, keine Störungen beim Sehen. Auffällig ist noch, daß Pat. sehr empfindlich ist und in ihrer Stimmung, besonders morgens, mürrisch und gereizt. Im übrigen nichts Auffälliges.

5 J. später: Psychisch unauffällig. Beiderseits primäre Atrophia n. optic. (li. > re.). Bei Einstellung horizont. Nystagmus (Univ. Augenklinik Leipzig).

4. Jutta G. Alter: $5^1/_2$ J.

D.: Genuine Epilepsie (Pyknolepsie). Dranghafte erethische Wesensänderung.

Wesensveränderung:

1. Dickköpfigkeit, zunehmende Reizbarkeit und Explosibilität.
2. Erethie: Pat. befindet sich vom Morgen bis zum Abend in einer anhaltenden Getriebenheit. Sie kann keine 2 Minuten bei einer Beschäftigung aushalten. Sie kreischt, springt herum, hat ein gesteigertes Bewegungstempo, ist nicht zu fixieren, wird von einem zum anderen getrieben, muß jedem Einfall nachgeben und ist durch Ermahnungen nicht zu bestimmen.

Dranghandlungen: Pat. setzt sich auf der Straße plötzlich an den Rinnstein, um zu urinieren. Sie versucht immer wieder, einen aus dem Nest gefallenen Sperling zu treten. Beschimpft die anderen Kinder maßlos.

Mangel an Ekelgefühl: Sie setzt sich dauernd in den größten Schmutz, will das Schlauchwasser im Garten trinken.

Abstandsverlust: Pat. greift in ihrer Dranghaftigkeit häufig den großen Mädchen und Hortinerinnen an die Brust oder zog sie an den Haaren.

Niveausenkung: Ihre Spiele sind ganz primitiv und bestehen meist nur im Aneinanderreihen verschiedener Tätigkeiten ohne inneren Zusammenhang.

Die Stimmungslage ist im allgemeinen heiter. Nur nach den Anfällen ist Pat. müde und mißmutig.

5. Helene K. Alter: 13 J.

D.: Einlieferung im epileptischen Dämmerzustand.

Dranghafte Züge: Pat. bleibt bei keiner Beschäftigung. Sie ist erethisch und zeigt Zerstörungssucht.

Organische Grundstörung: Sie ist verlangsamt, muß zu allem angehalten werden und zeigt keine eigene Initiative.

Spezifisch epithyme Züge: Pat. ist umständlich und breit im Reden und gewissenhaft bei ihren Tätigkeiten.

6. Elsbeth F. Alter: 10 J.

D.: Lues congenita.

Hyperkinetisch-erethische Züge: Pat. befindet sich in dauernder motorischer Unruhe und Zappligkeit. Sie ist nicht fixierbar und läuft dauernd herum. Sie demoliert das Spielzeug und wirft es in die Ecke. Sie leckt mit Vorliebe an sich und an den Möbeln herum. Beim Essen ist sie unmanierlich und verschlingt große Mengen.

Gemüt: Sie ist sehr anhänglich und liebebedürftig.

Grundstörung: Unduldsam, eigensinnig, unverträglich, egozentrisch.

Stimmung, Affekt: Weinerlich-ängstlich.

Daß die Akzentverschiebung bei den Postencephalitikern meist nach der dranghaften Richtung hin erfolgt, wurde bereits mehrfach betont. Beispiele erübrigen sich. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß mit oder nach Einsetzen der Pubertät die dranghaft-erethischen Zustände in den postencephalitischen Parkinsonismus hinübergleiten. Es sei erlaubt, dazu ein Beispiel anzuführen:

Heinz O. Alter: 18 J.

D.: Zustand nach Encephalitis epidemica (Beginnende Amyostase).

Akute Erkrankung mit 4 J. (Fieber, delirantes Bild, Dauer 5 Tage). Mit 12 J. »Chorea« (?).

Prämorbider Charakter: Pat. war schon vor der Erkrankung sehr lebhaft, fragt viel, erzählt viel und ist sehr interessiert.

Im Alter von 12 J.: Auftreten von Gesichtszucken, er machte Faxen, konnte die Hände nicht mehr ruhig halten. Beim Sprechen traten eigenartige Mitbewegungen auf.

Einsetzen der Wesensveränderung ungefähr mit 17 J.; d. h. 13 J. nach der akuten Encephalitis.

Art der Veränderung: Pat. wurde zunehmend menschenscheuer, er aß und trank nicht mehr richtig, außerdem entwickelte sich eine Gangstörung. Er treibt dauernd Schabernack, steckt den Leuten fremde Sachen in die Taschen, hat die große Leidenschaft Karte zu spielen, raucht viel Pfeife und Zigaretten.

Schulgutachten: »Wenn er einmal selbst angegriffen wird, ist er äußerst erregt, so daß er dann schweißtriefend und zitternd vorm Lehrer steht«.

Am 22. 1. 1934 (18 J.) wurde er von der Buchhändlerlehranstalt verwiesen. In dem damaligen Gutachten heißt es u. a.: »Er belästigte dauernd die Lehrer durch Anrufe von allen möglichen Fernsprechstellen. Hat im Seminar das Buch »Hitler wie ihn keiner kennt« mit einer Rasierklinge zerschnitten und hatte es dabei besonders auf die Bilder von Hitler abgesehen. Im ganzen betrachtet fällt auf: einzelgängerischen Wesen und ängstliche Zurückhaltung. In einzelnen Fächern ist er aufmerksam«.

Beobachtung a. d. Station:

Motorium: Mimik gleichmäßig starr, leer-grinsend, Haltung vornübergeneigt, geringe Mitbewegungen beim Gang. Die Sprache ist monoton und langsam (parkinsonistische Züge). Beim Fußballspielen und Balgereien ist er lebhaft und gewandt. Nach Ablauf der Bewegung tritt aber sofort Hemmung ein.

Dranghafte Züge: Es besteht auffällige Freude an Schabernack und Neckereien. Pat. ist kindisch, hänselt andere Kameraden und ist schlagfertig im Antworten.

Gemüt: Er verschenkt viel, läßt sich ausnützen und ist gutmütig.

Stimmung: Indifferent.

Intellekt: Pat. ist leidlich begabt.

Tempo, Antrieb: Er ist in allen Leistungen deutlich verlangsamt, legt pedantisch ein Muster aus bunten Täfelchen, zeichnet es dann auf ein Blatt Papier und malt es umständlich und sauber aus. Er ist schwunglos und schlampig bei Arbeiten und sehr bequem. Weist jede Anregung von sich und muß zu allem geschoben werden.

Akzentverschiebung nach der Richtung des Epithymen.

Innerhalb der Gruppe der unter den allgemeinen organischen Grundstörungen beschriebenen Veränderungen läßt sich ein Symptomkomplex isolieren, der, weil er meist im Rahmen des epileptischen Formkreises ausgesprochen zu konstatieren ist, auch unter der Bezeichnung »Epithymie« zusammengefaßt wird, wobei betont werden muß, daß er auch bei ätiologisch anderen organischen Schädigungen nachweisbar ist.

Wir wollen darunter verstanden wissen das Haften oder besser Kleben an Personen, Handlungen und Einstellungen, die Umständlichkeit, Breite und Pedanterie in ihrer deutlichen Ausprägung und häufig ein Zug von Hypersozialität und übertriebenem Gerechtigkeitssinn, der auch vor Angebereien und Klatschereien nicht haltmacht.

Dafür wollen wir einige typische Beispiele herausgreifen.

1. Irmgard K. Alter: 10 J.

D.: Genuine Epilepsie (Absenzen, Demenz, Charakterveränderung).

Beginn der Erkr.: Seit der Zeit, als Patientin sitzen konnte, wird beobachtet, daß sie häufig plötzlich umfiel und bewußtlos wurde. Mit $1^1/_2$ J. traten große Anfälle mit tonisch-klonischen Zuckungen auf.

Verlauf: Seit dem 4. Lebensj. keine großen Anfälle mehr, dafür häufig Absenzen, die vom 6. Lebensj. an zunehmen.

Schwere der Krankheit: 5—6 Absenzen am Tage.

Intellekt: Pat. ist in der geistigen Entwicklung stets zurückgeblieben.

Wesensveränderung: Besonders auffällig ist: umständliche Genauigkeit und Pedanterie. Pat. haftet an einzelnen Eindrücken und knüpft immer an frühere Geschehnisse an. Sachen bekommen erst dann einen Wert, wenn sie sie in ihr Eigentum einbeziehen kann. Neuen Anregungen gegenüber ist sie schwer zugänglich. Starker Sammeltrieb. Pat. ist stereotyp im Spiel und perseveriert stark.

Erregung, Explosibilität: Wird sie geärgert, so ist sie leicht gereizt. Die Erregung hat mehr und mehr zugenommen; sie ist unverträglich und mürrisch.

Gemüt: Pat. ist dankbar für alles liebevolle Eingehen und zeigt erhöhtes Bindungs- und Anlehnungsbedürfnis.

Dranghafte Unruhe: Zeitweilig lief sie unruhig durch die Räume, hielt nirgends aus und war zu keiner systematischen Beschäftigung zu bewegen.

2. Hilde P. Alter: 11 J.

D.: Genuine Epilepsie (beginnende Charakterveränderung, beginnende Demenz).

Beginn d. Erkr.: $8^3/_4$ J.

Prämorbider Charakter: Sie war von jeher schwer zu erziehen.

Intellekt: Nach 2jähriger Krankheitsdauer kommt Pat. wegen ihrer schlechten Schulleistungen in die Hilfsschule.

Wesensveränderung: Im Vordergrund stehen: peinliche Genauigkeit und pedantische Ordnungsliebe. Sie ist außerordentlich geltungssüchtig, hält ihre Arbeiten immer für die besten und wünscht dafür gelobt zu werden. In ihrem Selbstvertrauen ist sie durch nichts zu erschüttern. Sie protzt mit ihren Leistungen und verklatscht die anderen. Sie ist egozentrisch und will immer eine Ausnahmerolle spielen.

Affektinkontinenz: Sie schlägt in augenblicklicher Reizbarkeit auf andere ein.

Gemüt: Sie ist anhänglich und hilfsbereit.

In letzter Zeit häufig dranghafte Unruhe. Pat. hat dann zu keiner Beschäftigung Ausdauer.

3. Artur F. Alter: $9^3/_4$ J.

D.: Genuine Epilepsie.

Beginn d. Erkr.: 9 J.

Prämorbider Charakter: Gutmütig, tief beeindruckbar, von jeher pedantisch.

Schulgutachten ($9^3/_4$ J.): ».... In der letzten Zeit hat er oft Konflikte mit den Klassenkameraden, mit denen er bis dahin im Einvernehmen gelebt hatte. Auffallend war bei ihm sein Gerechtigkeitsgefühl. Er scheute auch nicht davor zurück, dem Lehrer frei seine Meinung zu sagen. Intellektuell keine Abnahme.«

Schulgutachten ($10^3/_4$ J.): ».... Er zeigte fast keine Teilnahme am Unterricht.«

Epithymie: Pat. ist in seinen Sachen sehr pedantisch und genau. Er ist außerordentlich egozentrisch. In einem kleinen Heft hat er seinen ganzen Besitzstand registriert und fehlt ihm etwas, so ist er nicht eher wieder beruhigt, bis er alles hat.

Haften und Kleben: Hat er einmal etwas erfaßt, so will er das Ziel nicht mehr aus dem Auge lassen. Er ist außerordentlich schwer umstell-

bar. Beim Bauen stellt er Häuser oder Steine in schnurgerader Linie auf; das ist ihm wichtiger als irgendeine Idee.

An manchen Tagen ist gesteigerte dranghafte Unruhe zu beobachten. Pat. ist in hohem Grade reizbar und widersetzlich.

Wir wollen hier noch abschließend einige Auffassungen über die epileptische Wesensänderung mitteilen, die einem Sammelreferat von *K. F. Scheid* (Die Psychologie des erworbenen Schwachsinns) entnommen sind.

Mauz beschreibt die Epileptiker als unfrei, nüchtern, fremd, unpersönlich, eng, unselbständig, unelastisch, pedantisch, umständlich und schwerfällig. Die vorherrschende Stimmungsrichtung ist Unlust, gesteigert bis zur nörgelnden Gereiztheit, Lustlosigkeit mit den Zeichen der Freudlosigkeit, der Leidenschaftslosigkeit, der naiven Stumpfheit bis zur Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit. Er betont weiterhin die hypersoziale Färbung der Inhalte und das explosible Syndrom. Letzteres wird wie folgt gedeutet:

Es besteht in Übereinstimmung mit dem Cycloid-Cyclothymen und im Gegensatz zum Schizoid-Schizothymen eine gewisse Außenwelt-Gerichtetheit, die sich aber statt des freien Mitschwingens nur noch in Form einer zwangvollen Gebundenheit äußert. Die dadurch entstandene Spannung ist nur durch »Explosion« zu lösen.

Über die Motivation dieser »Explosion« ist hierbei nichts gesagt. Im psychopathologischen Teil haben wir versucht, eine Antwort darauf zu geben. Von Übereinstimmung mit dem Cycloid-Cyclothymen in bezug auf die Außenwelt-Gerichtetheit zu sprechen, scheint uns allenfalls aus Gründen der Analogie möglich zu sein; denn »die Welt der betreffenden Form des Daseins« (*Heidegger*, *Binswanger*, Über Ideenflucht) ist ja bei den Vergleichspaaren eine total andere.

Delbrück sieht das Wesentliche der Gebundenheit darin, daß Triebleben, Affekte und Intelligenz sozusagen zu eng miteinander verkoppelt sind. Der Epileptiker ist unfähig, über einer Sache zu stehen. Ähnlich drückt sich *O. Kant* über die epileptische Egozentrizität aus: »Der Epileptiker kennt nur sich, aber er kennt sich nur in Bruchstücken, da es ihm unmöglich ist, sich über sich selbst zu erheben, zu sich selbst Stellung zu nehmen. *Notkin* endlich spricht sich überhaupt gegen den Begriff der epileptischen Persönlichkeit aus.

Auch wir glauben an unseren Kindern und Jugendlichen feststellen zu können, daß vieles, was sonst als typisch für den Epileptiker dargestellt wird, sich bei den verschiedensten organischen Hirnschädigungen wiederfindet und haben deshalb die Epithymie mit unter die allgemeine organische Grundstörung eingereiht —

und schließlich ist ja der epileptische Anfall selbst, auf Grund dessen mangels einer ätiologischen Erklärungsmöglichkeit die Diagnose »Genuine Epilepsie« gestellt wird, auch nur ein Symptom, das bei allen möglichen Läsionen des Cerebrums auftritt.

Trotzdem bleibt aber immerhin die Tatsache bestehen, daß die Epilepsie — gleichgültig ob genuin oder symptomatisch — im Laufe der Jahre der Persönlichkeit meist ein ganz bestimmtes Gepräge gibt, eben durch das, was zu Beginn dieses Abschnittes als Epithymie im engeren Sinne bezeichnet wurde.

Zum Schluß wollen wir noch Krankheitsbilder betrachten, bei denen die allgemeine Niveausenkung am sinnfälligsten zum Ausdruck kommt. Der Akzent liegt hier auf einer hochgradigen Verstumpfung, Verlangsamung, Gleichgültigkeit, Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Nachlässigkeit, die nur ab und zu durch brutale Affektentladungen durchbrochen wird. Damit ist eigentlich der Endzustand beschrieben, nach dem hin — potentiell — jede organische Hirnläsion verlaufen könnte. Dementsprechend handelt es sich meist auch um Prozesse, die schon lange bestehen und zu einer diffusen Schädigung des Cerebrums geführt haben. Wir finden häufig schwere, erhebliche Zeit bestehende Epilepsien und Fälle von Lues des Zentralnervensystems, bei unseren Kindern also von Lues congenita. Meist ist schon erhebliche Demenz feststellbar, so daß diese Krankheitsbilder schon in das Gebiet des schweren erworbenen Schwachsinnes hinüberreichen.

Beispiele:

1. Hanni D. Alter: $8^1/_2$ J.

D.: Organische Demenz (Meningitis?, Encephalitis?).

Verstumpfung, Absperrung: Pat. ist torpide und völlig antriebsverarmt. Sie sitzt tatenlos da, nichts scheint sie zu beeindrucken oder anzuregen. Sie schließt sich von den anderen Kindern ab und spielt stets für sich allein.

Katastrophenreaktion, Unsicherheit: Pat. ist bei der Untersuchung sehr ängstlich und beginnt sofort zu weinen. Sie ist still, zaghaft und selbstunsicher.

Affektinkontinenz: Sie bereitet erzieherische Schwierigkeiten durch leichte Reizbarkeit und Erregbarkeit.

Gemüt: Pat. ist freundlich und zutraulich, zum Teil schutzsuchend.

2. Anni B. Alter: 17 J.

D.: Lues congenita.

1. Mangel an Antrieb und Schwung: Von sich aus unternimmt Pat. nichts; sie ist gleichgültig, stumpf, träge und ohne Initiative.

In der letzten Zeit beobachtet man Lügenhaftigkeit, Liederlichkeit und Unsauberkeit.

2. Absperrung, Unsicherheit: Sie beteiligt sich selten an den Spielen der größeren Kinder. Wird sie dazu aufgefordert, so macht sie nur zögernd und ängstlich mit. Sie zieht sich sofort scheu zurück, wenn sie merkt, daß sie einer Sache nicht gewachsen ist.

3. Halt: Pat. ist leicht verführbar und beeinflußbar.

4. Gemüt: Sie kümmert sich in netter Weise um die Kleineren, zeigt den Angehörigen gegenüber eine herzliche, aber doch undifferenzierte und kritiklose Anhänglichkeit.

3. Elsa J. Alter: 16 J.

D.: Multiple Sclerose.

1. Verstumpfung: Pat. sitzt meist allein und ohne Beschäftigung herum. Sie zeigt keinerlei Initiative.

2. Häufige Stimmungsschwankungen, Affektlabilität, läppisch-albernes Benehmen.

4. Marianne B. Alter: 9 J.

D.: Lues congenita.

1. Verstumpfung und Niveausenkung: Pat. ist gleichgültig geworden. In ihren Arbeiten ist sie nachlässig und liederlich. Sie sitzt interesse- und initiativelos in einer Zimmerecke herum und muß bei ihrem Mangel an Antrieb und Schwung zu allem angehalten werden. Auffällig ist weiterhin ihre Unselbständigkeit. Sie ahmt nur nach oder läßt sich anregen. Selbst ganz einfachen Situationen steht sie hilflos gegenüber.

2. Halt: Sie ist sehr leicht zu beeinflussen.

5. Johanna Sch. Alter: 6 J.

D.: Hydrocephalus, Epi-Anfälle (?). (Seit dem 5. J. nächtliche Anfälle mit klonischen Zuckungen der Gesichtsmuskulatur und der Arme.)

1. Niveausenkung: Sehr verlangsamte Auffassung und Antriebsarmut. Pat. produziert im allgemeinen nur primitive Leistungen. Sie kann keine Zusammenhänge schaffen. Sie ist sehr ängstlich und selbstunsicher und für Ermutigung und Lob sehr dankbar.

2. Stimmung, Affekt: In der letzten Zeit beobachtet man auffällige mißmutige Gereiztheit und Verstimmung. Geht es nicht nach ihrem Willen, dann schlägt sie um sich und brüllt.

6. Margarethe U. Alter: 16 J.

D.: Symptomatische Epilepsie, spastische-postencephalitische Hemiparese.

1. Verstumpfung: Pat. ist gleichgültig und antriebsarm, sie döst meist vor sich hin. Haftet lange an Ideen und Ausdrücken und produziert stereotype Redensarten. Es besteht starke Einengung des geistigen Horizontes. Tut sie etwas, dann mit auffallender Pedanterie.

2. Stimmung, Affekt: Es besteht starke Reizbarkeit und wechselnde Stimmungslage. Pat. ist streitsüchtig und zu Tätlichkeiten geneigt. Die Reizbarkeit wird von völliger Stumpfheit abgelöst.

Für das Kapitel »Affektverschiebung« kamen naturgemäß nur Krankheitsbilder in Frage, bei denen jeweils eine bestimmte Gruppe von Erscheinungen besonders ins Auge fiel. Die Betrachtungsweise mußte deshalb eine mehr quantitative sein.

Daneben waren immer noch die anderen Symptome in verschieden starker Ausprägung deutlich. Die Reizbarkeit, Änderung der allgemeinen Stimmungslage, die Affektlabilität und -inkontinenz, sowie die allgemeine organische Grundstörung ziehen sich wie ein roter Faden durch alle Krankheitsbilder. Eine schwierige

Frage ist, inwieweit der prämorbide Charakter Einfluß hat auf die Richtung der krankhaften Veränderung. Erschwerend ist hier, daß meist nur wenig verläßliche anamnestische Angaben zu erhalten sind.

Es scheint uns so zu sein, als ob Kinder, die schon prämorbid etwas ängstlich und selbstunsicher waren, dies in der Erkrankung dann noch ausgeprägter zeigen als vordem sichere, expansive und sthenische Charaktere. Die Ängstlichkeit und Hilfsbedürftigkeit nimmt zu mit der Schwere des organischen Defektes, der die Gefahr für die Existenz der Person steigert.

Der Verlangsamung usw. unterliegen auch solche Kinder, die prämorbid nachweislich immer lebhaft und anstellig gewesen waren. Das gleiche gilt für die Änderung der Stimmungslage in der Richtung des Mürrisch-Nörgelig-Unzufriedenen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß der organische Defekt die Persönlichkeit in ihrem affektiven Gepräge nach einer bestimmten Richtung hin verändert, die vom prämorbiden Charakter weitgehend unabhängig ist und die zu schildern wir in dieser Arbeit versucht haben.

Daß gerade beim Kinde und Jugendlichen die Veränderungen affektiver Natur besonders deutlich herauskommen, liegt daran, daß hier die Persönlichkeit noch viel stärker vom Gefühls- und Triebmäßigen her bestimmt wird, als das gemeinhin beim Erwachsenen der Fall ist.

Spezifisch für das Kind und den Jugendlichen bis zur Pubertät scheinen uns die Veränderungen zu sein, die im Umkreise des Dranghaften liegen. Die übrigen psychischen Phänomene unterscheiden sich höchstens in ihrem Ausmaße und in ihrer Reinheit, aber nicht in ihrem Wesen von denen, wie sie bei organischen Hirnerkrankungen des Erwachsenenalters auftreten.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, an dieser Stelle Herrn Priv.-Doz. Oberarzt Dr. *Bürger-Prinz* für die freundlichen Hinweise und das dieser Arbeit entgegengebrachte Interesse herzlichst zu danken.

5. Literatur.

1. *Bleuler:* Lehrbuch der Psychiatrie.
2. *Bürger-Prinz:* Moderne Theorien organischer Hirnstörungen. (Klin. Wochenschr. 9/38).
3. *Goldstein, K.:* Beobachtungen über die Veränderungen des Gesamtver-verhaltens bei Gehirnschädigung. (Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 68, Berlin 1928, S. Karger).
4. *Heinze, H.:* Das Syndrom der dranghaften Erethie im Kindesalter. (Ztschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 141, 3. H. 1932).
5. *Jaspers:* Psychopathologie. (3. Aufl. Springer, Berlin 1923).
6. *Kretschmer:* Medizinische Psychologie. (4. Aufl. Thieme, Leipzig 1930).
7. *Neustadt, R.:* Über Drangzustände bei Schwachsinnigen. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 97, 1. H. 1932).
8. *Scheid, K. F.:* Die Psychologie des erworbenen Schwachsinnes, kritischer Bericht über die von 1919—1932 erschienene Literatur. (Zentralbl. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 67, Heft 1/2).
9. *Schneider, K.:* Die psychopathischen Persönlichkeiten. (Thieme, 1928).
10. *Schröder, P.:* 1. Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten. (Hirth, Breslau 1931). 2. Stimmungen und Verstimmungen.
11. *Stertz, G.:* Störungen der Intelligenz. (Handb. d. Geisteskrankh. von *Bumke*, Bd. 1, Springer, Berlin 1928).
12. *Strohmayer, W.:* Über angeborene und früherworbene Schwachsinneszustände. (Handb. d. Geisteskrankh. v. *Bumke*, Bd. 10. Springer, Berlin 1928).
13. *Thiele, R.:* Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen. (S. Karger, Berlin 1926).

Irrenstatistik des Deutschen Vereins für Psychiatrie im Jahre 1933.

Während für das erste Jahr nach der Übernahme der Irrenstatistik durch den Deutschen Verein für Psychiatrie, für das Jahr 1932, leider nur 206 Anstalten (einschließlich Universitätskliniken, städtischen Kliniken und Privatanstalten) ihre statistischen Angaben gemacht hatten, sind solche für das Jahr 1933 von im ganzen 255 Anstalten eingegangen, nämlich von 128 öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, 19 Universitätskliniken, 15 städtischen Kliniken und 93 charitativen und Privatanstalten.

Es fehlen für 1933 zwei Universitätskliniken, von denen die Statistik nicht zu erlangen war; die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten und städtischen Kliniken sind in der Statistik vollständig vertreten, während von den im Anstaltsverzeichnis von Ilberg (1929) verzeichneten charitativen und Privatanstalten 28 kleine Institute ihre Statistik nicht geliefert haben.

Somit liegt für 1933 ein nahezu vollständiges Bild über die Zahl der in psychiatrischen Instituten untergebrachten seelisch Kranken und über die Krankenbewegung vor.

Es ist dringend zu hoffen, daß für 1934 nun wirkliche Vollständigkeit erreicht wird, weshalb die in der vorliegenden Statistik fehlenden Institute nochmals hierdurch dringend um künftige regelmäßige Mitarbeit gebeten werden.

Gesamtzahl der Kranken in den 255 deutschen Anstalten und Kliniken:

	Anfangsbestand 1933			Zugang 1933		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Landes-, Privat- u. charitative Anstalten	72537	74330	146867	26681	24476	51157
Psychiatr. bzw. Nervenkliniken und städt. Anst. u. Abteilungen	2607	2748	5355	24857	18126	42983
	75144	77078	152222	51538	42602	94140

	Abgang			Endbestand		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Landes-, Privat- u. charitative Anstalten	25870	23614	49484	73348	75192	148540
Psychiatr. und Nervenkliniken u. städt. Anst. u. Abteilungen	24793	18050	42843	2671	2824	5495
	50663	41664	92327	76019	78016	154035

Krankheitsformen





Abgang nach Abzug der Verlegungen in andere Anstalten			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1933		
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
8003	6460	14463	2905	2510	5415	28006	24125	52131
264	19	283	7	1	8	126	21	147
1560	95	1655	75	14	89	1227	139	1366
78	13	91	7	1	8	114	17	131
21	11	32	7	5	12	77	26	103
414	152	566	9	—	9	131	96	227
47	5	52	2	1	3	7	15	22
1447	1044	2491	387	294	681	7290	6306	13596
98	67	165	19	19	38	1004	737	1741
5304	7269	12573	951	1577	2528	30105	36770	66875
937	2124	3061	104	212	316	1502	3158	4660
121	219	340	9	8	17	182	361	543
1955	1095	3050	36	40	76	1534	1732	3266
243	212	455	28	28	56	699	641	1340
300	346	646	5	9	14	179	216	395
154	28	182	2	—	2	115	38	153
113	33	146	—	—	—	42	4	46
154	191	345	5	10	15	100	158	258
5	1	6	—	—	—	5	3	8
129	111	240	2	1	3	409	203	612
158	71	229	11	16	27	86	101	187
301	208	509	5	17	22	141	113	254
346	171	517	26	66	92	267	212	479
21152	19945	41097	4602	4829	9431	73348	75192	148540

I.
zus
a
b
c
2.
(
a
b
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9

Krankheitsformen

ıs.

ɥ86

10. Alkoholismus:
a) Rauschzustände 930
b) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn 165
c) Delirium tremens und Halluzinose 131
d) Korssakowsche Psychose (Polioencephalit
rhagica) 38

11. Suchten (Morphinismus, Kokainismus usw.) 119

12. Psychische Störungen bei anderen Verg
Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schv
stoff, Kohlenoxyd usw.....................132

13. a) Epilepsie ohne nachweisbare Ursac 138
b) symptomatische Epilepsie (soweit nic
anderen Gruppe aufzuführen) 110

14. Schizophrener Formenkreis............345

15. Manisch-depressiver Formenkreis:
a) manische und depressive Phasen 307
b) hyperthyme, dysthyme und zyklothyme B70

16. Psychopathische Persönlichkeiten ....:91

17. Abnorme Reaktionen:
a) paranoische Reaktionen und paranoische
lungen (Querulantenwahn u. ä.)..........53
b) depressive Reaktionen, welche nicht unter 16
c) Haftreaktionen..........................95
d) Rentenneurose 88
e) andere psychogene Reaktionen 46
f) induziertes Irresein 7

18. Psychopathische Kinder und Jugendlic 85
Vollendung des 18. Lebensjahres) ....

19. Ungeklärte Fälle.........................00

20. Nervenkrankheiten ohne psychische 102

21. Nicht nervenkrank und frei von psychi
weichungen...............................89

Gesamtzahl der 43





Abgang								
nach Abzug der Verlegungen in andere Anstalten			darunter Todesfälle			Bestand am 31. 12. 1933		
m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
6548	3907	10455	990	857	1847	1049	910	1959
782	103	885	12	3	15	17	—	17
816	46	862	17	4	21	84	11	95
109	7	116	6	1	7	12	1	13
22	8	30	1	1	2	7	—	7
210	117	327	4	3	7	20	14	34
94	111	205	12	18	30	3	5	8
1139	759	1898	38	40	78	161	124	285
256	80	336	6	1	7	19	8	27
1640	2185	3825	114	188	302	693	1021	1714
570	1249	1819	20	48	68	108	272	380
137	185	322	2	6	8	34	41	75
2843	2063	4906	20	13	33	147	132	279
165	188	353	—	2	2	36	29	65
562	763	1352	7	11	18	43	56	99
73	16	89	—	—	—	8	1	9
681	104	785	2	—	2	10	5	15
491	378	869	1	3	4	30	21	51
2	4	6	—	1	1	—	—	—
173	146	319	—	—	—	24	23	47
411	272	683	18	28	46	26	19	45
2795	1435	4230	81	44	125	117	111	228
563	265	828	21	9	30	23	20	43
21082	14391	35473	1372	1281	2653	2671	2824	5495

1933	Prozentzahl der Aufnahmen		Prozentzahl des Endbestandes	
	Kliniken	Anstalten	Kliniken	Anstalten
Es litten an				
Schwachsinnszuständen (1a—c)	2,62	9,77	4,25	23,17
Psychischen Störungen nach Hirnverletzungen (2a—b).........	3,22	0,91	0,78	0,38
Progressiver Paralyse (3)........	5,76	8,23	10,17	3,9
Psychischen Störungen bei Lues cerebri u. Tabes (4)..........	2,37	0,97	1,89	0,48
Encephalitisfolgen (5)..........	1,23	0,98	1,29	0,88
Psychischen Störungen des höheren Lebensalters (6a—d).........	8,23	11,00	11,99	5,40
Huntingtonscher Chorea (7).....	0,15	0,20	0,45	0,16
Psychischen Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (8).........	3,00	0,59	2,85	0,32
Symptomatischen Psychosen (9a—d).....................	2,59	1,29	1,96	0,37
Alkoholismus (10a—d).........	5,17	4,31	2,40	1,17
Suchten (11)..................	0,94	1,26	0,61	0,15
Psychischen Störungen bei anderen Vergiftungen (12)............	0,52	0,007	0,14	0,01
Epilepsie (13 a und b).........	6,22	6,34	5,67	10,32
Schizophrenie (14).............	15,42	32,62	31,17	45,02
Manisch-depressiver Formenkreis (15 a und b)................	6,19	7,62	8,28	3,50
Psychopathie (16)..............	12,26	6,32	5,08	2,20
Abnorme Reaktionen (17 a—f)...	8,96	4,06	4,35	1,49
Psychopathische Kinder und Jugendliche (18)...............	1,12	0,59	0,85	0,41
Ungeklärte Fälle (19)..........	1,84	0,51	0,82	0,12
Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen (20)..........	9,95	1,05	4,15	0,16
Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen (21)	2,11	1,19	0,79	0,32

I. A.: Dr. Nitsche.

Pseudaphasische Gehörstäuschungen bei Schizophrenie *).

Von
Prof. Dr. **Josef Berze**, Wien.

Meynerts[1]) »Amentia« umfaßt bekanntlich außer den akuten Fällen, die wir heute noch so nennen, namentlich in ihren »chronisch gewordenen« Fällen fast all das, was später von *Kraepelin* zum Inhalt der Dementia praecox gemacht worden ist. Die pathologischen Spracheigentümlichkeiten, die er bei gewissen Formen »chronischer Amentia« fand, faßt er als pseudaphasische Verwirrtheit zusammen, ausdrücklich erklärend: »Nicht hierher gehörig sind die Fälle, in welchen Kranke eine Sprache erfinden und fortwährend Silben aussprechen, welche gar keiner Sprache angehören«. Seine Beispiele zeigen deutlich, daß er genau das meinte, was wir heute schizophrene Sprachverwirrtheit nennen. *Meynert* dachte dabei an »etwas wie eine lokalisierte Rindenerkrankung« — bei der »allgemeinen Hirnerkrankung«, die, wie er annahm, der Amentia seiner Prägung zugrunde lag, nahm somit bereits die heute von *Kleist* und seiner Schule vertretene Annahme der nicht nur formalen, sondern auch genetischen Aphasie-Analogie der schizophrenen Sprachverwirrtheit voraus.

Unter den sprachlichen Gehörstäuschungen, den »Stimmen«, finden sich bei gewissen Schizophrenen auch solche, bald vereinzelt, bald häufiger, bald geradezu regelmäßig, deren sprachliche Formulierung die gleichen Mängel aufweist, wie wir sie bei der schizophrenen Sprachverwirrtheit, bzw. bei der pseudaphasischen Verwirrtheit *Meynerts* finden, — von Störungen des höheren sprachlichen Gefüges, die in leichteren Fällen allein festzustellen sind, angefangen bis zu Störungen des Wortlautes, die so weit gehen können, daß es schließlich nur mehr verstümmelte Worte, Wortrudimente, Wortansätze, Silben sind, die den Inhalt dieser Sinnestäuschungen ausmachen. Es liegt m. E. nahe, sie als pseudaphasische Gehörstäuschungen zu bezeichnen.

---

*) Meinem hochgeehrten Nachfolger im Amte Herrn Sanitätsrat Direktor Dr. *Alfred Manczka* sage ich herzlichen Dank dafür, daß er mir durch sein freundliches Entgegenkommen und besonders durch Überlassung der Krankengeschichte der Patientin W. G. diese Veröffentlichung ermöglicht hat.

[1]) *Meynert*, Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien 1890. —

Im folgenden wird von mir der Fall beschrieben und besprochen, der mir bisher das Symptom der pseudaphasischen Gehörstäuschungen in ausgeprägtester Weise gezeigt hat. Es handelt sich um einen schizophrenen Restzustand nach einer Prozeßschizophrenie, die der Anamnese nach bereits in der Pubertätszeit eingesetzt hatte und zur Zeit, da die Kranke in dauernde psychiatrische Beobachtung kam, schon längst, wahrscheinlich schon seit fast 20 Jahren, abgelaufen war.

Krankengeschichte.

W. G., geb. 1886, kath., ledig, Kontoristin. Sie ist, wie ihr Bruder berichtet, schon im Jahre 1905 vorübergehend wegen eines Verwirrtheitszustandes Pflegling der Klinik gewesen. Wenn sie damals auch bald entlassen werden konnte, so war sie doch seither immer nur »halbwegs« normal, konnte aber zunächst immerhin ihren Dienst als Kontoristin verrichten. Nach dem Kriege habe sie sich, wird berichtet, immer mehr »ins kirchliche Leben hinein vertieft«. In den letzten Wochen vor der Einbringung in die psychiatrische Klinik am 30. VIII. 26 habe sie einen »scharfen Geruch« verspürt und von »Leichenverbrennung im Hause« gesprochen. Wiederholt, auch schon früher habe sie erklärt, sie habe sich »ewige Keuschheit vorgenommen«. In der allerletzten Nacht hatte sie die »Vorstellung, daß der Allerheiligste in der St. Antonius-Kirche in Gefahr sei durch die Juden«. Schon seit 1922 habe sie Aufzeichnungen von ihren Visionen, sowie von ihren »Stimmen und Einflüsterungen« gemacht.

Bei der ersten Untersuchung auf der Klinik erklärt sie — ruhig — dem Arzt, sie sei da, um ihren Zustand näher untersuchen zu lassen. Sie hört »wunderbare Einsagungen aus der Luft, — wo es rein ist, schwächer, wo schmutzig, stärker. Das wird mir vom lieben Gott und hl. Geist eingesagt. Alles mögliche! Der hl. Geist rät mir alles, wie die Menschen glücklich sein könnten, — so wie eine Mutter ihrem Kinde rät, laut. Ich habe am Wetter mitgearbeitet.« Auf die Frage, wie sie das mache: »Nicht viel Fleisch essen, überhaupt nicht viel essen, besonders im Sommer — und Hauptsache ist die Reinlichkeit. Milch trinke ich nie, nur früher in Polen, ich habe dann Schweiß davon gehabt in der Achsel. Wenn alles reinlich ist, sind alle Lebensanschauungen besser, dann gibts mehr Freude. Wir betrügen Gott; wenn wir aber nicht sündigen, ist Gott und der Himmel heiter.« Die Frage, seit wann sie »Eingebungen« habe, beantwortet sie damit, sie habe früher geglaubt, es seien »die Nachbarinnen, die laut sprechen«. Auf die Frage, ob sie auch Visionen habe: »Ja, meistens Nahestehende, meine Schwester z. B., unbefleckte Empfängnis, oder den Pfarrer. Oder ich sehe einen Kopf; dann weiß ich, daß der stirbt und das trifft auch immer zu. Ich sehe vieles voraus, was dann eintrifft. Jetzt soll sich die allgemeine Lage der Menschheit bessern. — Wenn ich sündig bin, werde ich vom himmlischen Vater behandelt, einmal bin ich von ihm bei den Ohren genommen, wie das Jesuskind; dann fühlt man sich so glücklich, dann kann man wieder vieles ertragen.«

Körperlich: Mittelgroß, gut genährt. Über der linken Lungenspitze Dämpfung (Pat. gibt an, sie habe mit 17 Jahren und »auch später oft« Lungenspitzenkatarrh gehabt, als Kind Masern und Blattern). Pupillen mit-

telweit, r = l, prompt reagierend. Die tiefen Reflexe r = l, übermäßig lebhaft. Organ- und neurolog. Befund sonst normal.

Bringt nach der ersten Nacht vor, sie habe wenig geschlafen, es habe nach Leichenverbrennung gerochen. Sie sei ängstlich wegen ihrer Angehörigen; es kommen politisch unruhige Zeiten.

Weiter: habe »eine kleine Vision gehabt zur Vorfeier, weil heute Mariä Geburt ist«. Die Muttergottes wollte von unten in sie hinein, in den Geschlechtsteil, »so förmlich meinen Körper anziehen« (links neben ihr), auch der Pfarrer »wollte öfters in sie hinein«. Am nächsten Tag erklärt sie, es sei nicht ganz bestimmt, daß die Mutter Gottes ihr in die Geschlechtsteile wollte. »Vielleicht wollte sie nur in die Gedärme, weil ich so selten Stuhl habe. Es ist schwer zu verstehen, vielleicht hängt das mit Maria Geburt zusammen. Die Menschen müssen sich betätigen.«

Der Teil der Krankengeschichte, welcher die Zeit ihres weiteren Aufenthaltes auf der psychiatrischen Klinik bis zu ihrem Abgange in der Anstalt »am Steinhof« betrifft, ist leider verloren gegangen. So viel steht fest, daß unsere Kranke in dieser Zeit einer eingehenden Psychoanalyse durch Prof. Paul *Schilder* (vielleicht auch noch durch andere Ärzte) unterzogen worden ist, hauptsächlich wohl wegen des außerordentlich großen Interesses, das der Psychoseinhalt in diesem Falle bei jedem Psychoanalytiker als Forscher wachzurufen geeignet ist, zum Teile vielleicht auch in psychotherapeutischer Absicht. Ob der Psychoanalytiker zu einem ihn befriedigenden Ergebnisse gekommen ist, was sein psychoanalytisches Interesse an sich betrifft, ob er etwa darüber hinaus, was uns die Kranke schon aus eigenem im Sinne einer Bestätigung *Freud*scher Mechanismen und Auffassungen reichlichst darbietet, noch besonders wichtige Funde zu verzeichnen hatte, ist mir nicht bekannt. Was aber die Frage der psychotherapeutischen Beeinflussung der Kranken betrifft, muß ich aus eigener Wahrnehmung feststellen, daß ein positiver Effekt, selbst im allerbescheidensten Maße, sicher nicht erzielt worden ist. Die einzige Veränderung, die allmählich immer mehr platzgegriffen hat, besteht darin, daß die Zuneigung zum analysierenden Arzt, das auf ihn gerichtete Sympathiegefühl, schließlich das Maß einer Art Hörigkeit ausgesprochen erotischen Charakters angenommen hat, die darin zutage tritt, daß nunmehr das ganze psychotische Erleben mit seinem fast ausschließlich sexuellen Inhalt um die Person des Psychoanalytikers zentriert ist. Das ist immerhin recht interessant; einen therapeutischen Erfolg kann ich aber darin, auch mit bestem Willen, nicht erblicken.

Seit 27. IV. 1927 ist Pat. in der Anstalt »Am Steinhof« untergebracht. Produzierte sogleich bei der Aufnahme eine Unmasse von Wahnideen und berichtete über Halluzinationen der verschiedensten Art. Dabei ist sie ganz vergnügt, spricht ganz unpersönlich, affektiv nur wenig beteiligt über ihre Erlebnisse. Das gehe so schon seit 8 Jahren. Früher als Kontoristin

beschäftigt, sei sie schon seit vielen Jahren nicht mehr in ihrem Berufe tätig. Sie sehe die Mutter Gottes, den Vater, den Sohn, höre Stimmen, etwas undeutlich, fragt, wie sie dem Sender der Stimmen näher kommen könnte. Sie habe körperliche Mißempfindungen, leide an Stuhlträgheit, glaubt, die Mutter Gottes nehme Einfluß, daß sich das Leiden verschlimmere. Sie dringe in ihre (der Pat.) Vagina ein, »förmlich als ob sie ein fremdes Kleid anziehe«.

Verhält sich ruhig, nett. Arbeitet alsbald fleißig und ausdauernd in der Nähstube. Geht darauf aus, andere Pat. zu trösten, weil ja »die Ärzte nicht genügend Zeit dazu haben«. Im Benehmen oft geziert, etwas maniriert. Erzählt gelegentlich, sie sei in die Sakristei der Stefanskirche gegangen, weil man dort »herrlich halluzinieren kann«. Wird gelegentlich etwas erregt; sie müsse behandelt werden wie eine Pflegerin. Prof. Sch. spreche zu ihr »durch die Luft«. Sie habe die »Macht, Donner und Blitz zu befehlen«. Ist viel mit der schriftlichen Niederlegung ihrer »Einflüsterungen« und Visionen beschäftigt.

Eines Tages gedrückt. Prof. Sch. sei gestorben. Sie habe dies durch eine Vision erfahren. »Aber man kann öfter sterben und wieder zu sich kommen.« Bei Sch. sei dies schon mehrmals zugetroffen. Durch Trockenheit entstehe Starrkrampf, der sich später durch Feuchtigkeit der Luft, besonders Regenwetter, wieder löse. Das Fleisch, das man ißt, habe »wilde Säfte«, die Angstgefühl und böse Gedanken erregen. Esse man hingegen reinere Säfte oder reine Mehlspeisen (Mazzes), fallen einem gute Gedanken ein. Sie hörte u. a.: »Mazz dich!« Das sollte heißen: »Nähr' dich von Mazzes, um dich rein fortzupflanzen.« In den Nachkommen lebt man selbst fort, so sicherlich auch der Heiland. Darum wird sie auch von Stimmen zum Schwangerwerden aufgefordert. Es handelt sich um die gefallenen Krieger, die wieder leben wollen. Sie hört »Stonne«; das heiße »Schwangermachen«. Einmal hatte sie das Gefühl, Eva im Paradiese zu sein, als wenn sie damals schon als Eva gelebt hätte und, also umgekehrt, Eva jetzt in ihr.

Gelegentlich erregter, Prof. Sch. habe ihr befohlen, der Pflegerin X. zwei Ohrfeigen zu geben. Spart sich untertags von den Speisen ab, sammelt das Erübrigte, mengt alles zusammen um es nachts zu verzehren.

Führt immer genau Tagebuch über ihre Halluzinationen und Visionen.

Verlangt immer wieder, man solle sie nicht W. nennen, sondern Sch. Sie sei doch mit Prof. Sch. verheiratet. — Erklärt, sie sei in großer moralischer Gefahr; »wenn man unter so vielen Menschen und ihrer Ausdünstung sitzt, dringt es in einen so ein, besonders wenn man zarter ist«. In ganz reiner Luft höre sie nichts. Die Visionen seien nichts Krankhaftes, sondern »eine religiöse Hilfe, eine Hilfe von Gott zur Existenz«. Ohne sie würde sie verwirrt werden, vielleicht Gehirnhautentzündung oder Gehirnerschütterung bekommen.

Sommer 1928 ist sie öfter erregter, verlangt den »Samen« des Prof. Sch., wird darin immer energischer, sie müsse den Samen essen, sie sei deshalb hier, sie könne hier künstlich damit geschwängert werden. — Spürt Leichengeruch; aus Ersparnisgründen, nimmt sie an, werden die Leichen hier nicht beerdigt, sondern seziert und dann die Teile im Heizraum des Pavillons verbrannt. Auch Prof. Sch., hört sie einmal, wird »geäscht«. — Schreibt nach wie vor, stundenlang täglich, ihre Halluzinationen, »nicht nur Stimmen, sondern auch Träume«, wie sie selbst ausdrücklich korrigiert.

Jänner 1929 hört sie Stimmen »vom lieben Gott, vom Prof. Sch.« Sie »kann sich gar nicht alles merken, was sie hört«; schreibt daher immer wieder nieder, was sie nur kann. Auch ihre eigenen Gedanken werden laut. Der himmlische Vater ist, wie er ihr jetzt erscheint, »jünger als in der Bibel«. In der Vision empfängt sie den Samen des Prof. Sch. Dies sei »geistiger Verkehr«; man bezeichne ihn als »Sehren«.

In der Folge erklärt sie, die Oberpflegerin habe die künstliche Schwängerung bereits vollzogen. Ob sie wohl in der Hoffnung sei? Die Unsicherheit quält sie. Wird erregter, so daß sie eine Zeit lang in Bettruhe gehalten werden muß.

Bei der Menses im August findet sie, es sei ein Abortus, wickelt ein Stückchen geronnenes Blut sorgfältig ein, glaubt deutlich Augen und Gliedmaßen zu sehen; »es hat sich an mir angeschmiegt.« Sehr erregt, als man ihr das Blutklümpchen abnimmt. Wartet dann auf neuen Samen.

Nach einem Jahr konstatiert sie an sich mehrere künstliche Abortus, die im Badewasser geschwommen seien. Notiz in der Krankengeschichte am 14. V. 1930: Halluziniert fortwährend verstümmelte Worte, denen sie eine auf Prof. Sch. bezügliche Bedeutung beilegt. — Fühlt sich immer wieder schwanger. Verlangt öfters ins Bett zur Entbindung. Bei Menses konstatiert sie jedesmal Abortus. Oft spürt sie Krämpfe im Bauch, die Entbindung steht bevor.

In den nächsten Jahren keinerlei Änderung. Notiz vom 24. IV. 33: Sie habe vor 5 Jahren den Prof. Sch. geschworen, ihm treu zu sein und ihn zu heiraten, von Stimmen und Visionen dazu aufgefordert. Seither verkehre sie mit ihm telepathisch. Sie sehe ihn telepathisch und verkehre mit ihm geistig, man nenne das »Sehren«, sie fühlt sich dabei mit ihm geschlechtlich verbunden. Sie höre sehr oft die Aufforderung, »reichlichen Verkehr zu nehmen«. Sie habe auch laute Stimmen, mit denen Schwängerungen von verstorbenen Kriegern vorgenommen worden seien (?). Prof. Sch. sei jetzt »eigentlich« Primarius in Amerika. Sie habe aber gehört, daß er sich doch viel in Wien aufhalte. Seit 6 Jahren sei sie auch immer schwanger, habe sehr oft ganz kleine Abortus. Einmal habe sie so etwas wie eine kleine Niere und ein Herzchen daran gefunden. Prof. Sch. gebe ihr ein Schlafmittel oder narkotisiere sie, bevor er mit ihr verkehre. Manchmal habe er sie künstlich geschwängert, habe künstliche Versuche gemacht (meint künstliche Einführung des Samens in ihre Gebärmutter).

24. IV. 1934. Sie höre Stimmen und sehe telepathisch, »so geistig«. »Man denkt an jemand und schaut geistig, mit dem inneren Auge. So sieht man die Seele der Menschen, die lebenden — die unlebenden sieht man fast nicht, höchstens einen Schatten wie ein kleines Stückchen einer dunkelgrauen Wolke.« »Je seliger jemand ist, desto besser kann man ihn telepathisch sehen und sich mit ihm verständigen.« Ihre Stimmen seien »anleitend, ratgebend, warnend, bevor etwas geschieht«. Auch höre sie viele »Etymologien«, d. i. »wie die Wortbildung aus einer Sprache in die andere genommen wird«, den »Sinn der Worte und den Sinn von Redensarten«. — Der Geschlechtsverkehr mit Prof. Sch. sei telepathisch, das sei so halb wie Wirklichkeit. Zuerst sehe sie ihn telepathisch, nicht ganz nackt. Eine Pflegerin gehe mit ihm. Sie sei auch von ihm geschwängert, Pat. sei ihr aber nicht neidig. Die Schwängerungen seien »Nachkriegsarbeit für die verstorbenen Krieger, Aushilfsschwängerungen«. Jetzt seien aber schon an-

dere Nachkömmlinge genug. — Wird Pat. länger befragt, so wird sie immer mehr zerfahren, Neologismen häufen sich, Sprachverwirrtheit wird immer deutlicher. — Mimik, Gestik, Haltung etwas hoheitsvoll, ein wenig steif. Affektausdruck recht matt, ziemlich eintönig. Stereotyp verschämtes Lächeln und zu Boden blicken. — Menses bereits unregelmäßig (Klimakterium).

Fühlt sich später zeitweise als »Obrigkeit«. Man habe ihr zu folgen, sie sei verheiratet und habe von Prof. Sch. 300 Kinder.

Bis Jänner 1935 längere Zeit beurlaubt gewesen. Auch während dieser Zeit habe ihr Prof. Sch. immer »eingesagt«, doch habe sie ihm nicht immer folgen können; denn — ihre Schwester sei 50 Jahre alt und im Wechsel.

Sommer 1935: Die Beschreibung ihrer Visionen sei eine Verherrlichung Gottes. Deswegen komme, wenn sie rasch daran schreibe, bald schönes Wetter.

September 1935. Was den Wortlaut ihrer Stimmen betrifft, handle es sich da vielfach um »Etymologie«. Die habe sie früher auf Pavillon VII (Abteilung der Anstalt) »gehört in der Stimmenhochschule«. »Wenn ich Gewöhnliches suche, dann regnet es gewöhnlich. Wenn man Kunst sucht nach in Visionen gesehenen Modellchen, dann wird es schön. Denn Kunst ist eine Verherrlichung Gottes. Ernst ist das Leben, heiter die Kunst. Das ist umgekehrte Etymologie, zerlegt: reg — nen oder reg nähn«. Sie stenographiere jetzt die Aufzeichnungen ihrer Sinnestäuschungen zumeist, weil sie sich zu schwach fühle, so vieles kurrent zu schreiben. Liest am 16. IX. aus ihren letzten Aufzeichnungen vor: »Habe meinen Neffen (bei Tag und Nacht) neben mir (sitzen) gesehen, ganz selig« — nicht so leibhaftig wie den ref. Arzt — »etwas schwächer«. Gestern sah sie ihn »etwas vom Gesichte reißen wollend«. Habe ein längliches Herzchen geschaut, »möglicherweise nach einer frischen telepathischen Empfängnis«. »Nachts nahm ich, als ich hungrig war, eine Sehrung von Paul (Sch.). Das ist ein geistig geschlechtlicher, telepathischer Verkehr.« Sie habe einmal gelesen, daß die hl. Elisabeth so jungfräulich war, daß sie nicht einmal »gesehrt«, sondern »unversehrt« war. Morgens sah sie eine geschlossene Männerhand, in der etwas Unsichtbares gehalten wurde. Den Bruder Georg sah sie ohne Kopf vor sich. Der himmlische Vater habe als Vermittler Pat. und Paul geschlechtlich verbunden. Aus dem Sarge eines Kindes strömte Wasser. Die Schwester Olympia gehöre zu ihrem »Gefrautsein« dazu. Sie selbst sei noch nicht genug »fräulich«. Abends sah sie »zwei Empfängnisse in länglichen Eiformen kreuzförmig übereinander«, etwa das Schwangerschaftskreuz andeutend, die Schwangerschaft selbst ist ein Kreuz, man muß achtgeben ...«. Aus dem Munde ihrer Schwester O. sah sie ein längliches sehnen- oder fleischartiges Stück mit Haut »straßenartig« auf die Schriften der Pat. gerichtet. Auf die Frage, was das bedeute: »Sie hängt mit Leib und Seele daran, während sie vorher nicht für die Stimmen eingenommen war.« Die hohe Stimme des Paul hänge mit seiner Lebensart zusammen; er habe eine hohe, intelligente Lebensart. Auch komme das vom »Scheien«. Auf die Frage, was damit gemeint sei: Wenn man keinen Stuhl habe. Scheißen heiße, daß man Stuhl habe. Schei-ssen, ssen heiße Traum (slawisch); wenn man nicht verdaue, brauche man nicht zu träumen und zu schlafen.

Sie habe in der letzten Zeit nachts fürchterliche Visionen — »aber

nicht etwa im Schlaf oder Traum, sondern wach, im Geist, auch bei offenen Augen, so wie man telepathisch schaut«; ob im Finstern oder bei Licht, bleibe sich gleich. »Herr Doktor haben noch nie eine Vision gehabt? Gebildete Menschen haben doch das! Das ist etwas Willkürliches; eine Vorstellung; man muß aber den Willen freilassen davon, etwas Bestimmtes zu sehen.« Wenn Personen schlecht, böse sind, sieht man sie nicht oder fast gar nicht. Je besser sie sind, desto besser und deulicher sieht man sie.« Auch so deutlich wie jetzt den Arzt, der vor ihr sitzt, aber selten. Sonst ein bischen undeutlich, mehr verschwommen. »Es sieht so wasserig aus, diese geistigen Bilder, so mehr geistig, wasserig. Wenn undeutlich, dann nur schattenhaft. Wenn deutlich, auch gefärbt, lebhaft, plastisch, räumlich, ganz lebendig, — volumenartig.« Manchmal aber auch nur »bildlich«. Aber nie wie zum Angreifen, »mehr ein Luftgebilde oder wässeriges Gebilde«. Visionen, im Gegensatz zum telepathischen Schauen, seien »eher wie in Wirklichkeit, sonst mehr wie Modelle«. Habe noch nie versucht, das Erschienene anzugreifen, weil sie genau wüßte, daß es eine Vision sei. Vision ist nicht Wirklichkeit, hängt aber mit Wirklichkeit zusammen. Das ist ein Modell... Aufgaben für Talente, die man verwerten soll, die zuweilen einen hohen Wert haben können«. — Stimmen? Sie habe zweifache Stimmen: ihre eigenen Gedanken, nahe und ferne, aber auch zu ihr übertragene, z. B. von ihrem Paul. Unterschied: Die von Paul sind »per Du«; wenn sie aber etwas denkt und die Gedanken durch Halluzination laut macht, »gibt man ein Urteil ab, z. B. das ist so und so«. Und wenn ihr Urteil nicht ganz richtig ist, hört sie es »mit Stimmen abgeändert, sogar ins Konträre«. Das habe ihr Vertrauen gegeben zu den Stimmen. Früher hätten die eigenen Stimmen den Ton ihres eignen Sprechens gehabt, aber etwas vergeistigt. In reiner Luft sei Stimmenhören »nicht notwendig«, da man dann ohnehin klar denken könne. In schlechter Luft aber leide jeder Mensch, woraus Bedürfnisse entstünden, geistige und leibliche. Nach frischem Bodeneinlassen habe sie in letzter Zeit oft Teufel gehört. Wenn starke Tees gekocht würden, »teufeln« sie auch, seien auch schädlich. Körpergefühlshalluzinationen? »Wenn eine Einwirkung ist, dann ist wahrscheinlich eine Öffnung in der Gebärmutter, so daß die Säfte auch hineinkommen können. Die Frau hat doch auch einen eigenen Samen. Auf solche Weise kann auch ein eigener Same in die Gebärmutter kommen, wenn man empfangen will. Dann ist auch eine Empfängnis. Das ist auch schon öfters der Fall gewesen. Bei telepathischem Verkehr mit Paul kann man auch schwanger werden. Ich habe öfter 'Wuren' gehört — diese kleinen Empfängnisse nennt man so, denke ich mir. Man könnte sie auch nennen 'Herzen'. Geistig, nicht in Wirklichkeit, ist er dann bei mir. Telepathischer Verkehr ist etwas beruhigendes, weil man doch nicht allein ist. Er liegt neben mir, umarmt mich, küßt mich — das ist natürlich gegenseitig. Auch sein Glied fühle ich in der Scheide, aber mehr geistig. Nachher werde ich ein bißchen feucht in der Scheide. Der Direktor und Primar haben mir geraten, geistigen Geschlechtsverkehr zu nehmen, weil Paul oft scheintot war und weil es eine Stärkung, eine Nahrung für ihn ist, der Same nährt. Mit dem Samen hängen die Visionen vielfach zusammen; denn der Same ist wunderbar, wenn er ganz rein ist. Das ist eine geistige und seelische und körperliche Kraft. Das ist der Zweck der Einheit des Ehelebens. In schlechter Luft wird der Same und die Empfängnis geteufelt und ruiniert. Dann kommt es zu Kopfschmerzen und

Abortus. Einen Abortus habe ich auch getauft im Badewasser. Ich habe das kleine Kindchen mich so dankbar umarmen gesehen, daß ich es nie vergessen kann. Mit Versprechen, mit Ehrenwort und Handreichung hat es mir eine Pflegerin herausgelockt und schnurstraks ins Klosett getragen. Daraufhin wurde die Pflegerin entlassen.« Sie werde »von ihrem Paul förmlich gepflegt, weil er die Empfängnisse verantwortet, auch vorbeugend wirkt«. »Er rät so oder so, wie es besser ist. Zum Beispiel am Abend, ich sollte nicht schlafen oder nähen.« »Wenn man die Stimmen bekommen kann und läßt, ist ein glückliches Wetter. Kinder werden durch die Stimmen unterstützt. Mein Paul hat für die Stimmen Gelder.« »Für den Film bin ich nach Vision gezeichnet worden. Paul soll ein großes Bild von mir haben, das von einem Maler nach Vision gemalt wurde. Ich glaube, ich bin auch in der Luegerkirche als Engel abgebildet.«

10. Oktober 1935: »Wirklichkeit und Telepathie ist immer deutlich voneinander verschieden. Für die Seele ist aber auch das Telepathische Wirklichkeit, sogar wichtiger als die Wirklichkeit, das Telepathische ist ein Zeugnis der Wahrheit. Für den Körper ist die Wirklichkeit das Natürliche, Telepathie das Übernatürliche.« Wenn sie nicht wisse, ob es notwendig sei, das in der Stimme Gehörte zu befolgen — gewöhnlich sei es nicht als Auftrag, sondern als Rat gemeint — so »schaut« sie »telepathisch«. Sie erfährt so, ob der Rat »seliger ist oder weniger selig«. Erklärt dazu: »Seh lieg, d. h. man kann am besten schauen, sehen, wenn man liegt. Wenn ich meinen Paul deutlich sehe, da ist es seliger gesprochen, dann ist es bestimmt wichtig, das allgemeine Wohl verlangt es, das Wohl des ganzen Erdkreises, des ganzen Weltalls.« Über das Verhältnis zwischen Telepathie und Visionen führt sie auf Befragen aus: »Beides gehört in eine Klasse. Was ich in der Vision sehe, ist wunderbar. Man sieht ein Bild, von dem man vorher keine Ahnung gehabt hat. Willkürlich ist das nur insoweit, daß man bereit ist, das Bild zu schauen. Man kann aber nicht etwas Bestimmtes schauen wollen. Telepathie bezieht sich dagegen nur auf bekannte Personen, vor allem meinen lieben Paul. Man kann telepathisch diese Personen momentan, fast jederzeit, nach Belieben schauen, so und in der Stellung, wie man es will. Man kann suggestiv auf das telepathisch Gesehene wirken, daß es seliger ist (d. h. daß man es deutlicher sieht). Man sieht telepathisch nicht mit den Augen, sondern im Geiste.« Visionen könne man »mit offenen Augen« auch »im Raume oder am Himmel sehen«. Vorstellung und Telepathie seien »nahe verwandt«. »Je mehr ein Seelenleben mit dem lieben Gott in Verbindung ist, desto seliger ist die Person für Telepathie und Visionen.« Telepathisch könne man aber nicht nur schauen, sondern alles mögliche erleben, z. B. auch den geschlechtlichen Verkehr. Sie oder Paul führen ihn nach Belieben herbei. Vorher sehe sie ihn oft zwei Finger vor den Mund halten; das bedeute, daß er ihr Treue geschworen in der Silvesternacht 1926/27, — auch daß er »zu den Stimmen schwört«, die er gerade hört. Körperlich sei sie Jungfrau geblieben. Aber das »Sehren« sei wohl telepathisch und somit kein wirklicher Sexualverkehr, »durch das Geistige eingewilligt, doch auch etwas Natürliches am Körper«. Als sie mit 19 Jahren für kurze Zeit »auf der Psychiatrie« gewesen sei, habe man sich in ihrer Umgebung sexuelle Scherze erlaubt. Da sie darauf »etwas starr« gewesen, könne sie nicht bestimmt sagen, ob man damals »vielleicht etwas Sexuelles unternommen« hat, sie glaube aber nicht.

Ihre Traumerlebnisse seien von dreierlei Art: »Erstens Träume des wirklichen Schlafes. Ich habe schon lange beobachtet, daß diese Träume den Visionen und Stimmen ähnlich oder auch gleichbedeutend sind. Zweitens, wenn man zu schläfrig ist, im Halbschlaf, Halbtraum, vielleicht auch Dreivierteltraum, hat man Visionen, Bilder, auch bedeutungsvolle und wertvolle. Drittens, wenn ich höre, ich soll knien, und ich tue es, so bin ich dann geistig wie entrückt, zu Gott entrückt, dabei fromm und andächtig. Dann habe ich Visionen, von Paul möglicherweise auf mich übertragen, Modelle, Modellchen.«

Über ihre »Stimmen« bringt sie vor: »Die Stimmen sind Halluzinationen, nicht Telepathie. Wenn ein Mensch sich überanstrengt, kann jeder Halluzinationen haben. Meine Stimmen sind Hilfe zu einer Schwäche, d. h. Ersatz für die Kraft, die mir abgeht. Das bezieht sich auf meine eigenen Stimmen. Wenn ich zu schwach bin, meine eigenen Gedanken zu denken, zu fassen, dann hilft meine eigene Stimme. Es ist wie ein Soufflieren beim Denken. Manchmal ist der Gedanke noch gar nicht gefaßt, und ist doch schon in der Stimme fertig. Meine eigenen Stimmen sagen die Gedanken, wenn ich zu schwach bin, sie fertig zu denken. Ich kann oft gar nicht so viele Gedanken denken, als meine eigenen Stimmen reden. Oft kann ich nicht genau unterscheiden, ob es nicht die Stimme meines Paul ist. Ich bin schon so in Verbindung mit Paul, daß meine und seine Stimme denselben Ton haben, so daß ich oft nicht behaupten kann, daß der Gedanke von ihm ausgeht. Oft ist es auch halb mein Gedanke, halb Pauls Gedanke, oder dreiviertel mein Gedanke, das ist sehr verschieden und läßt sich oft nicht genau bestimmen. Je mehr der Gedanke, den die Stimme spricht, mein eigener Gedanke ist, desto klarer ist, was gemeint ist, je weniger mein eigener Gedanke, desto schwerer ist es zu finden, was gemeint ist. Die ganz deutlichen, sogleich klaren sind die Deklarationsstimmen; sie fördern, besprechen, erklären. Die undeutlichen Stimmen sind nicht in Beziehung zu den Gedanken, die ich eben habe, sind mehr unterrichtende[2]), mich anredende, auffordernde, mir etwas verbietende oder etwas ratende. Besonders schwierig und sehr anstrengend für mich, weil ich dann sehr viel nachdenken muß, ist das gekürzte Reden der undeutlichen Stimmen.« Manchmal gebe es darunter auch Stimmen, die von den »Einsagungen«, die Ratschläge u. dgl. enthalten, verschieden seien. Diese nenne sie »Einflüsterungen«. Sie seien in der Regel böser Art und »mit Angstzuständen verbunden«; es sei ihr bang, daß dem l. Paul das oder das zugestoßen sei. Besonders aufregend seien da wieder die Stimmen »in gekürzter Rede«; sie mühe sich oft furchtbar damit ab, herauszukriegen, was gemeint sei.

Ihre und Pauls Stimmen, die sie höre, seien, wie sie merke, auch für andere hörbar. Pflegerinnen seien oft dazu bereit, die Stimmen »so zu nehmen, als gingen sie sie an«. Dadurch ergeben sich verschiedene »Pfuschereien« und Konflikte. Jemand tut etwas, was Paul von ihr getan sehen möchte. Sie leide darunter furchtbar, weil sie das »Bedürfnis« habe, den Stimmen selbst zu folgen. Sie habe schon erlebt, daß eine Pflegerin statt ihrer hinging und sich von Paul schwängern ließ, wie sie dann telepathisch

---

[2]) Sie meint hier, wie an Beispielen festgestellt werden konnte: »unterrichtend« über Dinge, woran sie in dem gegebenen Zeitpunkte nicht denkt, Dinge, die mit ihrem gerade bewußten Denken nicht zusammenhängen.

mit angesehen habe. Wenn das Gott lieb sei, könne sie auch nichts dagegen haben.

Auch Paul sei, wie sie beobachtet habe, manchmal zu schwach, um alles, was er denke, körperlich zu reden, und bediene sich daher zur Verständigung der »Stimmen«, was doch viel weniger Kraftaufwand erfordere. Er habe auch seine Widersacher; denn so wie sie um seine, habe er um ihre Liebe geworben. Er sei aber auch von anderen begehrt. Während er mit ihr telepathisch verkehrte, habe sie — wieder telepathisch — mehrmals gesehen, daß er mit andern »selig wirklich« verkehrt hat. Pflegerinnen führen auch andere Patientinnen zu diesem Zwecke zu ihm. Sch. »beseelt« durch den Verkehr; es kostet ihm aber Kraft, er verliert dadurch von seiner Kraft. Die Israeliten sind sehr erbost, wenn man die Stimme Pauls nicht genau befolgt, und betreiben in ihrem Irrtum »doch« Ritualmord; »Blut kann ja zum Beseelen beitragen, wenn es wirklich edel ist«.

Für ihre Stimmen habe sich auch *Wagner-Jauregg* interessiert und sie sehr »gefördert«, weil er sah, daß dies für sie gut war. Die Gleichheit des Namens habe dabei eine Rolle gespielt — möglicherweise; bestimmt könne sie es nicht sagen. In ähnlicher Weise vorsichtig drückt sich die Kranke bei vielen Gelegenheiten aus.

Besonders vorsichtig geht sie bei der Deutung ihrer »Stimmen in gekürzter Rede« zu Werke. Sie ist vor allem bemüht, den reinen Inhalt der Sprachhalluzination beim Niederschreiben festzuhalten. Man müsse sich davor hüten, durch eine bestimmte Schreibweise das Gehörte schon von vornherein in einer bestimmten Weise aufzufassen. Dadurch gerate man leicht auf eine ganz falsche Bahn und richte, wenn man die »Einsagung« in falscher Deutung befolge, oft großes Unheil an. Sie schreibe daher, wenn sie sich hinsichtlich der Orthographie des Gehörten unsicher fühle, in ihren Aufzeichnungen die verschiedenen ihrer Meinung nach möglichen Versionen nebeneinander hin, z. B. »Ellt'? Elt'? Alt'?«. Das Gehörte könne sich irgendwie auf Elle, auf die Eltern oder etwa die ältere Schwester beziehen. »Das macht sehr viel geistige Arbeit, darauf zu kommen, wie das eigentlich gemeint ist!« Auf die Frage, ob das Gehörte denn überhaupt immer einen Sinn habe, drückt sie zunächst ihr Erstaunen darüber aus, daß man daran zweifeln könne, und erklärt: »Daß das gekürzte Reden der Stimmen Sinn hat, ist sicher, weil sie immer meinem Bedürfnisse und auch der Umgebung und Zeit entsprechend sind.« Welche Version in zweifelhaften Fällen die richtige sei, erfahre sie manchmal auf telepathischem Wege vom »lieben Paul«, — auch ob diese Sache wichtig sei oder nicht, die Befolgung notwendig sei oder nicht so sehr. In vielen Fällen gelinge ihr die richtige Deutung auf dem Wege der Etymologie, die sie hier in der Anstalt, auf der Stimmenhochschule, erst gelernt habe. Etymologisch verfahren heißt: »Man zerlegt die in gekürzter Rede erhaltenen Aufträge usw. in die einzelnen Silben, erklärt dann den Sinn, indem jede der Silben, aus denen das Wort entstanden ist, für sich genommen wird. Dann ergibt sich erst der gründlichere Sinn.« Sie sei darauf gekommen, weil ihr manche von den »gekürzten Reden« bereits in »zerlegter« Form zu Gehör gebracht worden seien. Sie habe so leicht erkennen können, daß es viel auf dieses Zerlegen ankomme. Mit der Zeit habe sie dann eine große Übung im Zerlegen erlangt. Auch habe sie allmählich gesehen, daß das Zerlegen nicht nur auf die »gekürzten Reden« anzuwenden sei, sondern auch sonst sehr interessante und nützliche Erkenntnisse ergebe. So

schließe der Name mancher Krankheit bereits den Hinweis auf ihre richtige Behandlung mit ein, was man aber nur auf etymologischem Wege erfassen könne. »So Schar-lach, d. h. man muß den Kranken in einer Schar, am besten in einer frohen Kinderschar, zum Lachen bringen, dann wird er sicher bald gesund.«

»Man ist zeitweise so unfrei«, führt Pat. aus eigenem noch aus, »unfrei z. B. durch die Schwester, die ja älter ist, wenn auch nur um zwei Jahre, oder unfrei, weil schlechte Luft ist. Man ist dann leicht benommen, mehr leidend, mehr krank, man ist nicht so Herr seiner selbst. Dann hört man mehr die unverständlicheren Stimmen, in gekürzter Rede — die sogar gefährlich werden können, weil sich die Angstzustände in die Unsicherheit hineinmengen«. Sei man freier, so höre man dagegen mehr die deutlicheren, ausführlicheren, leicht verständlichen Stimmen.

Für das wertvollste halte sie aber immer die Telepathie. »Telepathisch kann man rein empfangen wie die Mutter Gottes. Ich glaube, daß ich empfangen habe wie die Mutter Gottes. Paul hat einmal Wed(?) eingeladen, mich telepathisch zu stärken. Schwanger habe ich schon furchtbares gelitten. Segen ist bezweckt und für die Welt ein glückliches Wetter.« Von der »Mutter Gottes« spricht sie übrigens zuweilen so, wie wenn sie in ihr eine Konkurrentin sähe, deren Bedeutung für das Weltall sie selbst aber bereits überrage. Wahrscheinlich ist schon das im ersten Absatze der Krankengeschichte erwähnte psychotische Erlebnis im April 1927: Die Mutter Gottes dringe in ihre (der Pat.) Vagina ein, »förmlich als ob sie ein fremdes Kleid anziehe«, bereits im Sinne dieser Größenwahnideen zu deuten.

Auf die Frage, welche von ihren »Stimmen« mehr den Charakter von Gehörseindrücken haben, die »Deklarationsstimmen« oder die »Einsagungen« (bzw. Einflüsterungen), ergeht sie sich recht breitspurig. Es geht daraus immerhin, wenn auch nicht ganz sicher (Pat. verklausuliert ihre Angaben immer wieder mit »möglicherweise«, »gewöhnlich, aber nicht immer« usw.) hervor, daß die »Einsagungen«, die die Pat. (s. oben) als »undeutlich« bezeichnet hat, eigentlich nur in dem Sinne undeutlich sind, daß ihre Bedeutung nicht von vornherein klar ist, während bei den »Deklarationsstimmen« das »Hören« des Sinnes geradezu das Wesentliche sei, daß sie (die Einsagungen) aber im allgemeinen mehr vom Charakter der Gehörseindrücke an sich haben als die letzteren.

Aus den Aufzeichnungen der Kranken.

Diese Aufzeichnungen, welche von der Kranken mit peinlicher Genauigkeit schon seit vielen Jahren geführt werden, würden bereits eine lange Reihe stattlicher Bände füllen. Hier seien nur einige wenige Stellen als Beispiele für die Darstellungsweise der Kranken angeführt:

Ich sah nachts neben mir links eine männerhafte Gestalt mit einer etwa 6 Finger breiten Binde um den Bauch. Der untere Teil des Leibes war nackt und weiblich. — »Scham iß Tuen.« »Wär's nur Übriges.« »Hätt's seht.«[3])

[3]) Das unter Anführungszeichen Stehende bedeutet die »Stimmen«.

Ich sah Prof. Sch. mich aus der Richtung, wo Pat. M. liegt, sehr geistig, aber fast nur den Kopf küssen und seine Nase mit seiner berühren. »Schanks Fussi.«

Den himmlischen Vater sah ich mir wie einer Schwerverwundeten Brust geben wollen, aber keine Milch habend mir aus dem Herzen geben. »Weil es Blut Tisch.« »Sieh fahr' Name.« »Hätt'st Vater gißt.« »Weis fein.«

Ich sah Prof. Sch. von meinem Kopf abbeißen wollen. »Herr wirs.« Nachts sah ich ihn nach dem Küssen hinter mir verschwinden, dann auch in mich hineinwollen. »Dies seh' Verrat.« »Hätt'st schrieben.« »Weis ein Bauchhoserl is.« »Kar Kuß.« »Schien lache.«

Gestern sah ich im Garten auf dem Rasen einen alten, reichen vornehmen Israeliten sitzen, welcher auf dem Kopfe einen Zylinder hatte, aber so, daß die Augen etwas vor der Sonne geschützt sind. Die Beine hatte er am Wege. »Daß er sich auf den Rasen gesetzt hat und nicht auf die Bank!« »Weilst schindt.« »Weis icht seh.« »Sieh Kain Kaiser.«

Gestern träumte mir, daß ich mit der Frau N. war, welche sich zu mir wie ein Mann stellte. Dann hörte ich auch die Stimme des Sch. sagen: »Weil Schand' Prothese« — »weil die ganze Nacht so sonderbar.«

Ich verbiete, Visionen ohne mein Wissen durchzuführen, weil sie oft sehr schwer verständlich sind. »Das ist so viel schon Scham ist.« »Schlaf Nichte? nicht eh?.«

Ich sah Prof. Sch. mir Weckerln zu essen zum Munde führen. »Daß er für Unmäßigkeit büßen tut.« Ich möchte so gern bei einer ärztlichen Versammlung über sehr wichtige Punkte reden oder von Prof. Sch. vortragen lassen, z. B. über die Wichtigkeit des Essens in der Nacht bei schwachen Personen, die nicht schlafen können. »Ros' und dich ehr. —« Viele Visionen sind eine Sprache, welche einen Sinn ausdrücken, oft den Zustand einer Seele darstellen, worauf man sich richten soll.

Ich sah Sch. mich rückwärts niederlegen wollen. »Sau!« — »Taßt Schand'« — »Nimm Nam' inn.« Als ich, um meine Bluse auf das Gras zu legen, ein wenig in den Rasen stieg, tat es mir leid, weil ich weiß, daß es Direktor Berze nicht gerne hat, und ich bat ihn bei mir um Verzeihung. Da sah ich ihn mich etwa wie ein Kind kosend an sich drücken und küssen. »Weil sie ist fleißig und tut sich so befassen.« »Daß D' schon Hinner kußt.« »Weil er innt Kind sieht.« Nachmittag hörte ich eine Stimme vom Gange wie die des Paul Sch. sagen: »Schwester gieße — Aß häst sein — hätt's Seiden.« In der Kirche sah ich den himmlischen Vater mich küssen und an sich emporheben. »Wär's Wäschweis geleistet — wärst Schussi was — fähr Ton — häst wie hint' — fahr Drecksau — weiß was, hätt's — wärst Vorbilds.«

Im Garten sah ich Sch. oder den lieben Heiland am Kreuze mich mit seinen ausgespannten Armen umfassen und küssen. »Frei? Freit? — war Nam'.« Ich sah meinen Kopf in das hohe Herz des Paul Sch. tauchen. »Wohnt ehrbar sieh — Kau' — Weil Tausch wunderbar.«

Gestern sah ich Sch. Finger (Schwur = ?) seiner Rechten vor meinen Mund halten, sie ein wenig aufhebend, meinen Mund küssen, auch von meinem After (?) etwas mit dem Fingernagel wegschlagen wollen, vorher in mich hineinwollen. »Kann da Kindi — Ehr's Samstag — häst's Seiden kußt.«

Sie wird von Sch. oft »geistig (sehr geistig) geküßt«. Er lehnt ihren Kopf in sich hinein, hält sein Kinn auf ihre Schädeldecke. Sie sieht ihn

in sie »hineinwollen«, oben, unten, vorne (in ihr Herz?), hinten, oder umgekehrt sie in seinen Körper tauchen, in seine Brust, in sein Herz. Auch sonst gibt es noch die mannigfachsten Vereinigungen: Sch. legt sein Ohr an ihr Herz, Nase wird an Nase gepreßt, die Schläfen aneinandergeschmiegt, die Rücken aneinandergelehnt. Sch. küßt sie »wie hungrig«. Immer hört sie dazu oder darauf »Stimmen«, wie in den bereits gebrachten Beispielen. In diesen Stimmen kehrt der Name Schilder immer wieder, bald richtig, bald verändert, bzw. verunstaltet, wie Schiller, Geschild, Schildi usw., oder in Fügungen wie: Schilder tu — Sühn' Schilder — Wärst schildert. Von Küssen ist in allen möglichen Schreibformen die Rede: hätt's Schildi kußt — schön Handi kußt (dazu die »Deklarationsstimme«: weil ich ein Kindi bin) hätt's Stola kußt — hat Schlange gußt — hätt's Genie puss — tu Bussi — — kußt Weihe — Ta Bussi geh' — kußt Särg — wär's büß ein Seidi — that Chicago güßt (»Deklarationsstimme«: Weil Schildi in Amerika). Hört Aufforderungen wie: Nimm Same — iß Samen — nimm Schlange usw. Öfter wird sie aufgefordert: Spielen lassen! Gleich darauf hört sie gelegentlich: »weil sie nicht spielen läßt, sich lieber anißt wie eine Sau und schläft, — oder: hat schämendste Tastung verloren.« Dann werden ihr wieder erotische, bzw. sexuelle Versäumnisse vorgeworfen — in Fügungen, die mit »hätt's« (hätte sie), »häst« (hättest du), »tät's (täte sie), »wär's« (wäre sie), »wurd's« oder »wurz«, auch »würz« (würde sie) usw. eingeleitet werden. — Sehr oft wird besprochen, daß sie schwanger ist (sc. von Sch.): weil sie schwanger zieh — hab' schwanger tum — sie kann's, weil's schwanger ist — weil sie schwan-ker — häst Schwangen naß — wahr's Schwangen ist — erst schwanz Äst — schwanger kußt — weilst ein Kind — weil's ein kleines Kind tragen tut — sie muttert jetzt — häst Hebamme.

Die phänomenologische Untersuchung der Sinnestäuschungen Schizophrener führt nach meiner Erfahrung in der Regel vor allem zu einem höchst wichtigen Ergebnisse: Die Erlebnisweisen der schizophrenen Sinnestäuschungen sind in höchstem Maße verschieden, und zwar in dem Sinne, daß bei ein und demselben Schizophrenen so ziemlich alles in Erscheinung treten kann, was als Erlebnismerkmal einer Sinnestäuschung überhaupt denkbar ist, also alle möglichen Abstufungen vom reinen Wahrnehmungscharakter bis zum fast reinen Vorstellungscharakter, von ausgesprochenster Leibhaftigkeit bis zur »Bildhaftigkeit«, vom Fehlen der Bewußtheit der eigenen Aktivität bis zur Erkennung des Inhaltes der Sinnestäuschung als dem eigenen Denken entsprungen, vom völlig Ichfremden des Inhalts über immer Ichnäheres zum Icheigenen, vom »Gemachten« (Bewußtheit der »Ausgeliefertheit an ein Unbekanntes« *Gruhle*) zum mehr oder weniger klarbewußt Gewollten, vom gesicherten Existenzialurteile über alle möglichen quantitativen Abstufungen und qualitativen Nuancen bis zum fast sicheren Nichtwirklichkeitsurteil. Berücksichtigt man dazu noch, daß die Ausdrücke, mit denen Schizophrene ihr Erleben schildern, sich oft begrifflich nicht mit dem geläufigen Sinn decken, so ergibt sich, daß die phänomenolo-

gische Beurteilung schizophrener Sinnestäuschungen oft den größten Schwierigkeiten begegnet. Es liegt kein rechter Grund vor zu zweifeln, daß es bei der Schizophrenie auch echte Halluzinationen gibt. Aber schon darüber kann kaum ein auch nur halbwegs sicheres Urteil abgegeben werden, in welchem numerischen Verhältnisse die echten Halluzinationen zu den verschiedenen Arten der Pseudohalluzinationen auf dem einen oder dem anderen Sinnesgebiete stehen. Manche Autoren glauben in dieser Hinsicht mehr zu wissen, als man meines Erachtens wissen kann.

Unsere Kranke zeichnet sich durch die geradezu pedantische Vorsicht aus, mit der sie sich über ihre als Sinnestäuschungen zu deutenden Erlebnisse äußert. Mit einer durchdringenden Genauigkeit, welcher der eines richtigen wissenschaftlichen Forschers entspricht, ist sie immer auf die Wahl des ihrem Sinne nach treffendsten Ausdruckes bedacht, zieht oft ein Wort, das schon ausgesprochen ist, als ihrer Meinung nach nicht ganz entsprechend, wieder zurück und ersetzt es durch ein anderes, spricht sich nicht selten keineswegs für ja oder nein aus, sondern wägt förmlich in Prozenten ab, was für ja, was für nein spricht. So ist sie ganz besonders geeignet, die Schwierigkeiten zu beleuchten, denen man bei der phänomenologischen Untersuchung der schizophrenen Sinnestäuschungen begegnet.

Was ihre optischen Sinnestäuschungen betrifft, macht unsere Kranke einen Unterschied zwischen Visionen und Sehen auf telepathischem Wege, kurz auch einfach Telepathie genannt. Aus ihren Ausführungen scheint hervorzugehen, daß die Visionen im allgemeinen mehr als mit Wirklichkeits- bzw. Wahrnehmungscharakter ausgestattet erlebt werden als das telepathisch Gesehene, — aber eben nur »mehr«, »eher«, »oft, aber nicht immer«, »fast regelmäßig«, wie die Kranke immer wieder mahnend bemerkt. »Visionen sind eher wie wirklich«, im Gegensatz zum »telepathischen Schauen«. Visionen könne man »mit offenen Augen auch im Raume oder am Himmel sehen«. Die Wirklichkeit der Visionen geht unter Umständen so weit, daß man, wie sie überzeugt ist, »nach Visionen« ihren Körper bereits »gefilmt« und auch gezeichnet bzw. gemalt hat. Die Wirklichkeit ist anderseits oft eine eigenartige: in den Visionen erscheinen »Modelle und Modellchen«, die für das eigentlich gemeinte Wirkliche erscheinen; »Kunst nach in Visionen gesehenen Modellchen« sei »wertvoll und eine richtige Arbeit für Talente«. Manchmal ist jedoch »Vision nicht Wirklichkeit, hängt aber doch mit Wirklichkeit zusammen«. — Das telepathisch Geschaute ist im allgemeinen nicht wirklich, oft aber doch »halb wie Wirklichkeit«. »Wirklichkeit und Telepathie ist immer deutlich von einander verschieden.« Jedoch: »Für die Seele ist aber auch das Tele-

pathische Wirklichkeit, sogar wichtiger als die Wirklichkeit, das Telepathische ist ein Zeugnis der Wahrheit. Für den Körper ist die Wirklichkeit das Natürliche, Telepathie das Übernatürliche.« Es gibt also — nach Ansicht der Kranken — gewissermaßen zweierlei Wirklichkeit: »für die Seele« und »für den Körper.«

Die Visionen, die sie »wach im Geist« sieht, sind bald deutlich, dann auch gefärbt, lebhaft, ganz lebendig, plastisch, räumlich, »volumenartig«, bald undeutlich, schattenhaft und mehr »bildlich«, zugleich wässerig. Sie hat noch nie versucht, das in der Vision Erschienene anzugreifen, weil sie immer wußte, daß es Vision sei, »mehr ein Luftgebilde oder wässeriges Gebilde«. »Nicht zum Angreifen« heißt also keineswegs etwa so viel wie nicht wirklich, sondern es ist damit nur eine Qualität des Inhaltlichen der »Visionen« gemeint. — Es geht aus den Angaben der Kranken nicht zureichend klar hervor, ob die angeführten Inhaltsqualitäten mehr oder nur für die »mehr wirklichen« Visionen oder auch für das im allgemeinen »weniger wirkliche« telepathische Geschaute gelten. Was das »Volumenartige« (Gegensatz: das »Bildliche«) betrifft, scheint es, zumal in Verbindung mit »lebhaft, ganz lebendig, plastisch, räumlich«, ungefähr dem zu entsprechen, was gewöhnlich als »Leibhaftigkeit« bezeichnet wird. Gerade so aufgefaßt, d. h. als Ergebnis des körperlichen, stereoskopischen Sehens betrachtet, büßt die »Leibhaftigkeit« übrigens m. E. ihre Bewertbarkeit als für den Wahrnehmungscharakter — und damit als für die Charakterisierung der echten Halluzinationen — wesentliches und ausschlaggebendes Moment so weit ein, daß sie fast auf die Stufe eines Inhaltlichkeitsmerkmals neben der Deutlichkeit, Lebhaftigkeit, Bestimmtheit, Merkmalsfülle usw. in ihren verschiedenen Abstufungen und Abtönungen herabsinkt. Es wäre ja auch gar nicht einzusehen, warum nicht auch das Stereoskopische vorstellungsmäßig gegeben sein — und also nicht auch in den Pseudohalluzinationen auf verschiedenster Stufe der Annäherung an die mit richtigem Wahrnehmungscharakter ausgestatteten echten Halluzinationen enthalten sein können sollte. »Volumenartig«, wie unsere Kranke sagt, könnte dann freilich nicht gleichbedeutend sein mit »leibhaftig«. Was ist dann aber unter Leibhaftigkeit zu verstehen? Daß dies ein Problem ist, ein ungelöstes und vielleicht auch unlösbares, geht übrigens schon daraus hervor, daß *Gruhle*, im Gegensatze zu *Jaspers*, Grade der Leibhaftigkeit annimmt. Ob man dies tun kann oder nicht, hängt selbstverständlich von der Definition des Begriffes ab. Ihn so oder ähnlich, wie ich ihn mir denke, auffassend, muß man geradezu Grade der Leibhaftigkeit annehmen. Was aber, zum Unterschied von dieser Auffassung, sonst noch im Begriffe der »Leibhaftigkeit« liegen soll, ist nicht klar. Einstweilen

kann man sich des Eindrucks der Tautologie nicht erwehren, wenn die Leibhaftigkeit als das am Wahrnehmungscharakter Wesentliche hingestellt wird.

Was für unsere Kranke den wesentlichen Unterschied zwischen ihren Visionen und dem von ihr telepathisch Geschauten ausmacht, während sie alles Inhaltliche in allen Abstufungen und Abtönungen gleicherweise bei beiden Arten ihrer optischen Sinnestäuschungen erlebt, ist nach ihrer Darstellung darin zu erblicken, daß die Visionen, was ihren Inhalt betrifft, ihrem Willen nicht unterworfen sind und auch durch ihre gerade gegebenen Gedanken nicht beeinflußt werden, während sie telepathisch schauen kann, was sie gerade will. Ihre Angaben sind in diesem Punkte ganz eindeutig. Der Charakter des telepathisch Schauens tritt auch um so deutlicher hervor, je mehr sie selbst willensmäßig den Inhalt bestimmt; nimmt jemand anderer den telepathischen Verkehr mit ihr auf — in der Regel ist es Paul —, so habe sie Visionen, »Modelle und Modellchen«.

Gleiches gilt dann, mutatis mutandis, auch für die von unserer Kranken erlebten Halluzinationen und Pseudohalluzinationen der Körperempfindungssphäre. Namentlich der Geschlechtsverkehr wird bald wie wirklich oder doch »halb wie Wirklichkeit«, bald rein »geistig« erlebt. Letzterenfalls bezeichnet Pat. den Vorgang neologistisch als »Sehren«, weil man darnach nicht mehr geistig unversehrt, wenn auch nicht körperlich defloriert ist. Fast immer erlebt Pat. auch alle auf Schwängerung, Abortus usw. weisenden Sensationen. Auffällig wenig weiß Pat. über halluzinatorische Sensationen außerhalb der Sexualsphäre im engeren und weiteren Sinne zu berichten, abgesehen von doch wieder erotisch bzw. sexuell gemeinten Berührungen der Körperoberfläche. — Wie schwierig die Art ist, in der Pat. die Frage der Realität zuweilen angeht, zeigt u. a. wieder folgende Äußerung: »Der telepathische Geschlechtsverkehr ist geistig, kein wirklicher Verkehr, aber doch auch etwas Natürliches am Körper.« »Natürlich« ist für Pat., wie des öfteren festgestellt werden konnte, gleichbedeutend mit wirklich. Es kann für sie also ein Erlebnis zugleich geistig, d. h. unwirklich, und »am Körper« im Gegenteile wirklich sein.

Nicht leicht ist es, aus den Angaben der Pat. zu entnehmen, wie es um den Bewußtseinszustand bestellt ist, in dem sie diese oder jene Art von Sinnestäuschungen erlebt. Sie hat »schon lange beobachtet«, daß die »Träume des wirklichen Schlafes den Visionen und Stimmen ähnlich oder auch gleichbedeutend sind«. — »Wenn man zu schläfrig ist, im Halbschlaf, Halbtraum, vielleicht auch Dreivierteltraum, hat man Visionen, Bilder, auch bedeutungsvolle und wertvolle.« — »Wenn ich höre, ich soll knien, und ich tue es, so bin ich dann geistig wie ent-

rückt, zu Gott entrückt, dabei fromm und andächtig. Dann habe ich Visionen...« — Sie hat zuweilen fürchterliche Visionen, — »aber nicht etwa im Schlaf oder Traum, sondern wach, im Geist, auch bei offenen Augen, so wie man telepathisch schaut«. — Bevor Sch. mit ihr »geistig verkehre«, gebe er ihr ein Schlafmittel oder narkotisiere sie. — Man kann annehmen, aber nicht sicher behaupten, daß Pat. jene Sinnestäuschungen, die den ersten Halluzinationen näher stehen, mehr in Zuständen herabgesetzten Bewußtseins erlebt, die Pseudohalluzinationen, namentlich die »telepathischen« Erlebnisse, dagegen mehr in einem Bewußtseinszustande, welcher dem habituellen Wachzustande der Pat. entspricht, wenn man in dieser Hinsicht auch ganz auf das Urteil der Pat. selbst angewiesen ist. —

Wenden wir uns nunmehr zu den »Stimmen« der Kranken, dem Hauptgegenstande unserer Untersuchung! Pat. selbst erklärt die »Stimmen« schlankweg als Halluzinationen. Mit zureichender Sicherheit, stellenweise freilich, wie es ihre Art ist, einigermaßen verklausuliert, scheidet sie die Stimmen in zwei Hauptklassen, zwischen denen es allerdings wieder Übergänge gibt. Die eine Hauptklasse bilden die Stimmen, die sie »meine eigenen« nennt, weil sie immer mit ihren eigenen Gedanken zusammenhängen, sich stets darauf beziehen. Manche dienen sogar der Fassung und Vervollständigung ihrer Gedanken und setzen daher dann ein, wenn sie »zu schwach« ist, ihre eigenen Gedanken selbst fertig zu denken. Es ist also »wie ein Soufflieren beim Denken«. Jedenfalls ist der Sinn solcher Stimmen für sie immer ohne weiteres klarliegend. Als sprechende Stimme bei diesen »Stimmen«, die, wie aus ihren Angaben hervorgeht, nicht vom Anfang ihrer Psychose an bestanden, sondern sich erst im Laufe der Jahre allmählich herausgebildet, bzw. von den anderen Stimmen abgehoben haben, erkennt sie ihre eigene Stimme. Da sich aber der Klang der Stimme »ihres Paul«, mit dem sie überhaupt »ganz eins« ist, dann der ihrigen bis zum Gleichklang — in den allerletzten Jahren — genähert habe, wisse sie oft nicht, ob sie selbst rede oder ihr Paul. Sie helfe sich dann zuweilen, indem sie sich telepathisch mit Paul in Verbindung setze. Je mehr »selig«, d. h. je deutlicher sichtbar, er ihr dabei erscheine, desto sicherer sei es, daß er gesprochen hat, und nicht sie selbst.

Die zweite Hauptklasse ihrer »Stimmen« bilden diejenigen, die schon von Anfang an als »Einsagungen aus der Luft«, oft »wunderbaren« (soll heißen: verwunderlichen) Inhaltes, oder als »Eingebungen«, als »Stimmen«, die sie als von laut sprechenden Nachbarinnen ausgehend ansah, als »Einflüsterungen«, o. dgl., jedenfalls immer als von außen kommend erlebt wurden, die also in dieser Hinsicht im Gegensatz stehen zur ersten Hauptklasse ihrer

»eigenen« Stimmen. Sie stehen inhaltlich mit den übrigen präsenten Inhalten ihres Bewußtseins in keinem Zusammenhang, wenigstens in keinem für sie selbst ohne weiteres erkennbaren Zusammenhang. Während die »eigenen« Stimmen beim Denken helfen, wirken die von außen kommenden störend ein. Will sie ihren jeweiligen Gedankengang weiter verfolgen, will sie z. B. in der schriftlichen Darstellung ihrer letzten visionären, telepathischen oder traumhaften Erlebnisse, womit sie etwa gerade befaßt ist, fortfahren, so muß sie es nach Möglichkeit vermeiden, sich durch diese störenden Stimmen ablenken zu lassen. Sie hat sich dazu die Technik zurechtgelegt, das Eingesagte genau so, wie sie es hört, zu notieren und so vorläufig, zur späteren Erledigung bei geeigneterer Zeit, festzuhalten. Oft erreicht sie mit diesem Kunstgriff ihren Zweck. Aus ihren Aufzeichnungen geht dann hervor, daß sie in der Darstellung ihrer in der Regel mit »ich sah« oder »ich träumte« eingeleiteten Erlebnisse, die oft — weit ausgesponnenen — einem kurzen Roman ähnlich ist, nachdem sie etliche Einsagungen verzeichnet hat, den Faden wieder aufnehmend fortfährt. Zuweilen aber gelingt es ihr nicht. Dann häufen sich die Einsagungen, so daß ganze Seiten ihres Tagebuches damit gefüllt werden, — die abgebrochene Erlebnisdarstellung aber findet, zur Zeit wenigstens, keine Fortsetzung mehr. Das Störende der Einsagungen liegt aber nicht nur darin, daß sie durch ihren Einbruch den gegenwärtigen Gedankengang stören, unter Umständen sogar lahmlegen. Die Sache wird dadurch wesentlich kompliziert, daß der Inhalt der Einsagungen geradezu regelmäßig zunächst unverständlich ist, daher erst der Ausdeutung bedarf. Das liegt vor allem an den eigenartigen Redefügungen, die in den Stimmen zu Gehör gebracht werden. Darüber wird noch ausführlicher zu sprechen sein. Hier sei nur erwähnt, daß sich die Kranke immer wieder gedrängt fühlt, ja gezwungen sieht, den dunklen Sinn dieser Fügungen doch zu ergründen; denn, daß sie einen Sinn haben und oft sogar einen für sie, für Paul, für Europa, für das Weltall höchst wichtigen Sinn, so daß es ein grobes Versäumnis wäre, darauf nicht nach Möglichkeit einzugehen, davon ist sie aufs sicherste überzeugt. Das Forschen nach dem Sinne der Einsagungen ist dadurch besonders erschwert, daß sie fast ausnahmslos in »gekürzter Rede« — daß die »Rede« zumeist auch verstümmelt, entstellt ist, betont Pat. auffälligerweise nicht — gehalten sind. Pat. muß, wie sie selbst bedauernd konstatiert, sehr viel Zeit der Deutungsarbeit widmen, die sie oft aufs höchste anstrengt, wodurch sie zuweilen in einen Zustand »furchtbarer« Aufregung gerät. Manchmal helfe sie sich auch da durch telepathische Verständigung mit Paul aus der Klemme. Wo ihr die Deutungen zu ihrer eigenen Zufriedenheit gelingen, münden sie regelmäßig in den Bereich ihrer sexuellen Träumereien, Schwängerungserleb-

nisse u. dgl. Sie verfährt dabei in der Begründung ähnlich einseitig phantasievoll wie gewisse Psychoanalytiker. Ihr steht dies freilich auch zu, ist doch ihr Seelenleben nachgerade tatsächlich ganz von Erlebnissen sexuellen Inhaltes erfüllt worden, so daß es für sie aller Wahrscheinlichkeit nach in der Tat zutrifft, daß auch die zunächst unverständlich erscheinenden »Stimmen« regelmäßig aus diesem Reservoir gespeist bzw. angeregt werden. Ob sich der Deutungszwang bei ihr übrigens auch dann in diesem Maße herausgebildet und in solcher Weise gestaltet hätte, wenn sie nicht der Lage ausgesetzt gewesen wäre, mit der Psychoanalyse nähere Bekanntschaft zu machen, vermag ich nicht zu entscheiden. Dafür scheint mir aber zu sprechen, daß aus der Krankengeschichte nichts hervorgeht, das darauf wiese, daß Pat. schon vor der psychoanalytischen Behandlung auf »Deutung« ihrer »Stimmen« bedacht war, weiters, daß der Deutungszwang besonders in der ersten Zeit nach der psychoanalytischen Einwirkung mit voller Intensität zur Geltung kam, später aber — bei Unterlassung weiterer psychoanalytischer Beeinflussung der Pat. — allmählich einigermaßen abgenommen hat, dies obwohl, wie bereits erwähnt, die Stimmen »in gekürzter Rede«, die ganz besonders als zur Deutung herauszufordern geeignet erscheinen, mit der Zeit immer häufiger geworden sind. Möglicherweise macht sich in dieser Milderung des Deutungszwanges aber doch eine allmählich platzgreifende affektive Abschwächung geltend, möglicherweise ist auch allmählich Gewöhnung an die »gekürzten Reden« eingetreten, soweit wenigstens, daß sie an Überraschungs- und damit Bindungswirkung eingebüßt haben.

Was wieder die Frage des Bewußtseinszustandes betrifft, in dem die beiden Arten von »Stimmen« erlebt werden, stellt sich heraus, daß die beiden Hauptklassen einander in ähnlicher Weise gegenüberstehen wie auf optischem Gebiete die Visionen und das telepathische Schauen, u. zw. in dem Sinne, daß den Visionen mehr die von außen kommenden Stimmen, dem telepathischen Schauen mehr die »eigenen« Stimmen — Pat. nennt sie, weil sie oft eine Erklärung, eine besondere Beleuchtung u. dgl. des eben Gedachten bringen, auch »Deklarationsstimmen« — entsprechen, daß also die von außen kommenden in dieser Hinsicht echten Halluzinationen im allgemeinen näherstehen als die »eigenen«. Besonders angeführt seien folgende Äußerungen: »Man ist zeitweise so unfrei..., man ist dann leicht benommen, mehr leidend, mehr krank, man ist nicht so Herr seiner selbst. Dann hört man mehr die unverständlicheren Stimmen, in gekürzter Rede.« Sei man freier, so höre man dagegen mehr die deutlicheren (meint: ihrem Sinne nach leicht erfaßbaren), also die »Deklarationsstimmen«. Die Frage, welche Art von Stimmen mehr, welche weniger den Charakter von Wahrnehmungen haben, beantwortet sie wenig präzise;

immerhin geht aber auch hier mit großer Wahrscheinlichkeit hervor, daß die »Einsagungen« im allgemeinen wirklichen Geisteseindrücken näherkommen als die »Deklarationsstimmen«. Aber auch die letzteren treten dann mehr auf, wenn sie »nicht klar denken« könne, wenn sie »zu schwach« sei, einen Gedanken »fertig zu denken«. »In reiner Luft« sei eben das Stimmenhören »nicht notwendig«, da man »dann ohnehin klar denken kann«. Solche Äußerungen sprechen dafür, daß doch auch Deklarationsstimmen durch eine gewisse Herabsetzung des Bewußtseinsniveaus begünstigt werden, daß dazu aber im allgemeinen ein weit geringerer Grad von Herabsetzung ausreicht, als zur Herstellung einer richtigen halluzinatorischen Disposition, in der gelegentlich auch »Teufelsstimmen« u. dgl. gehört werden. Auch in jenen Zuständen von »Entrücktheit«, die Visionen entstehen lassen, hört die Kranke nicht selten auch von außen kommende Stimmen. —

Außer dem Phänomenologischen interessiert uns im Falle unserer Kranken aber noch besonders der Sprachlaut — von einem Wortlaut kann für manche der Sprachhalluzinationen der Pat. nicht mehr recht gesprochen werden — ihrer »Stimmen«.

Zur Erleichterung des Überblickes sei zunächst eine kurze Zusammenstellung (aus den zahlreichen Tagebüchern der Kranken) gebracht, die Beispiele für einzelne Haupttypen enthält.

Unter den Stimmen, welche die Kranke als »Einsagungen« bezeichnet, finden sich nicht wenige, die entweder zur Gänze oder in einzelnen Teilen der Fügung nicht anders denn als verstümmelte Worte, als Wortreste bzw. als Wortentstellungen, zuweilen als ungeformte Gebilde erscheinen, z. B.

Un — Ton nut — Nei ihn — Nein iß — Tontes — weis leisti — Zah Kuß — Mahne taut — Käst Wien — Worr Schandes — Knie Kasche — jetzt Scheih — tosch näh — trau tau — darf nä — nur hier her wein' — dien' weiche — hät regne — fall nehm — zud schau's — worr seh'.

Nicht selten schreibt die Kranke die gehörte Fügung, da diese für sie zunächst bedeutungsleer ist und die Kranke daher um die richtige Schreibweise verlegen ist, in zwei oder mehreren Schreibweisen nieder, unbeirrt dadurch, daß — wie alsbald auffallen muß — recht oft keine der, gleichsam zur späteren Auswahl, notierten Versionen einen ohne weiteres erkennbaren Sinn ergibt, z. B.:

Meer? (mehr?) hahne — das kann Mann? (man?) nu — Näm? (Nehm'?) Wein? (wein')? — Mehr? Meer? geh schauen — hätt's Teer? Steer? — Ellt? Elt? Ält'? — kann's? Kanz? — heute Assen? Essen? — das Aschen nett's? Netz? — häst Schust? Schußt?

Oft handelt es sich um Fügungen, die dem Sinn nach verständliche Worte, bzw. Redefügungen ergeben, wenn man sie als »Zerlegungen« von im Wiener Dialekt gesprochenen Worten bzw. Fü-

gungen auffaßt (die Kranke selbst gibt die Richtigkeit dieser Auffassung zum Teile restlos, zum Teile unter allerlei Vorbehalten zu), z. B.:

Fahr' flucht (verflucht?) — Mahn'd (meine ich?) — Hätts seh' nett (hätte sie nicht?) — wühr vornehm (wie vornehm!?) — Hau Sien (hau's hin?) — Schind füi (sind viel'?) — hätt' Steh kontakt (hättest eh = ohnehin Kontakt?) — weis alles nie worris (weil es, alles, nicht wahr ist?) — Tätzt nein (tätest hinein?) — fahr Ehr'tee (Verehrte?).

»Zerlegung« nicht dialektisch veränderter Worte kommt z. B. für folgende Fügungen in Betracht:

Nix Mann tat (niemand hat?) — Sieg iß' Mund (Sigismund?) — Fein ehr Schlafrock (feiner Schlafrock) — Ta zu (dazu) — Lieg eht (lieget) — Lach' Nam' (Leichnam?) — Schan Tee (Schande).

Manche Fügungen kehren mehrmals wieder, scheinen also bereits einigermaßen festgelegt zu sein. Einige (die unterstrichenen) machen den Eindruck von richtigen Neologismen. Z. B.:

Wurd jafft — daß das Stone kann Vieh — Worr Schandes — Häß ein A — Schaar langsam einem blödestere — Kehr namte — meint Kindi — hätts Schwur ist — nimmt Nam' — hätts tätig Scharm — Gott wahr Aß — Täts Jesu kartofen.

Von diesen zum größten Teile ohne »Deutung« gänzlich unverständlichen führen fließende Übergänge über Fügungen, die sich als mehr oder weniger ausgesprochen agrammatische bzw. paragrammatische Bildungen erweisen, und über solche, die in jeder Beziehung typischen schizophrenen Paralogien entsprechen, hinüber zu nicht nur sprachlich richtig formulierten, sondern auch ohne weiteres verständliche Wendungen (»Deklarationsstimmen« im Sinne der Pat.), z. B.:

Daß sie müssen eine Bewilligung haben vom Pfarrer — weil man muß den Herren folgen — weil sie kann noch ihren Posten verlieren, wenn sie so unverständig handelt — weil du dich zu ihm bekannt — es ist so eine Freude, das alles zu studieren, wie es Gott erschaffen hat.

Es wird, wie ich meine, zuzugeben sein, daß in der Literatur bisher der sprachlichen Formulierung der schizophrenen »Stimmen« ein auffällig geringes Interesse zugewendet worden ist. Dies findet u. a. darin seinen Ausdruck, daß im großen, vor drei Jahren erschienenen Schizophrenie-Bande des *Bumke*schen Handbuches von diesem Gegenstande nur gelegentlich so nebenbei die Rede ist. Im Kapitel »Sinnestäuschungen« heißt es u. a. (S. 138), die Inhalte der Stimmen seien den »Halluzinanten« oft recht verwunderlich; sie wissen gar nichts damit anzufangen, der Stoff ordnet sich nicht in den sonstigen Gesamtzusammenhang ein«. Sicher trifft dies für die zweite Klasse der »Stimmen« unserer Kranken, für ihre von außen kommenden Stimmen, zu. Zugleich zeigt sich aber

in ihrem Falle, daß die Unverständlichkeit derartiger Stimmen, namentlich solcher in »gekürzter Rede«, zuweilen weit mehr noch in weitgehenden Mängeln der sprachlichen Formulierung des Inhaltes, die eben bis auf ganz unverständliche Laut-, bzw. Silbenkomplexe reduziert sein kann, begründet sein mag, als im Fehlen des Zusammenhanges des Inhaltes mit dem jeweiligen übrigen Inhaltsgesamt des Bewußtseins. Im Kapitel »Das Sprechen« heißt es (S. 160): »Die akustischen Sinnestäuschungen der Schizophrenie bringen . . . häufig Worte und Sätze, die mit dem gerade ablaufenden Gedankenvollzug in keinem sinnvollen Zusammenhang stehen«. Darunter gibt es »zuweilen sogar — ähnlich wie in der Traumsprache *(Kraepelin, Hoche)* — ungeformte, bedeutungsleere Wortgebilde«. Erwähnt wird bei dieser Gelegenheit noch, daß derartige Sprachgebilde zuweilen »in eine sonstige — normale — Rede hineingeraten und sie stören« *(Neisser)*[3]). — Dies ist aber auch so ziemlich alles.

Muß das Vorkommen von sprachlichen Formulierungsdefekten aller Grade bei schizophrenen Sinnestäuschungen, das durch unseren Fall sichergestellt erscheint, an sich schon unser Interesse erwecken, so muß dieses Interesse noch beträchtlich wachsen, wenn wir uns der Möglichkeit bewußt werden, dieses Vorkommen genetisch als in weitgehender Analogie zur schizophrenen Sprachverwirrtheit stehend aufzufassen. Daß diese Möglichkeit besteht, darüber kann niemand im Zweifel sein, der sich vor Augen hält, daß die Inhalte schizophrener Sprachhalluzinationen u. a. auch als Versprachlichungsergebnisse zu betrachten sind. Für diejenigen »Stimmen«, in deren Inhalt die Kranken selbst ihre eigenen Gedanken erkennen, ist dies ohne weiteres offenbar. Wenn unsere Kranke sagt, eine von den Stimmen, die sie vor allem wohl deswegen ihre »eigenen« nennt, weil sie eben ihre Gedanken aussprechen, bringe ihr oft schon den Gedanken fertig zu Gehör, bevor sie ihn noch »fertig« gedacht hat, so kann sie mit diesem Nochnichtfertigsein freilich auch eine noch nicht zur Gänze zustandegekommene vorsprachliche, im engeren Sinne gedankliche Formulierung meinen; in der Regel scheint sie aber doch nur die noch nicht vollbrachte Wortformulierung, d. h. die noch nicht fertige Versprachlichung zu meinen, die sich, um den Inhalt der Stimme zu ergeben, also ohne ihr Zutun vollzogen haben müßte. Von diesen die eigenen Gedanken selbst laut machenden Stimmen führen dann fließende Übergänge zu der von der Kranken so genannten »Deklarationsstimme«, deren Inhalt Nebengedanken bilden, die mit dem gerade herrschenden Hauptgedanken aber doch

[3]) Die beiden Kapitel »Sinnestäuschungen« und »Das Sprechen« sind von *Gruhle* verfaßt.

noch in einem mehr oder weniger nahen Zusammenhang stehen, diesen erklären, beleuchten, ergänzen, besprechen. Und von diesen führen wieder fließende Übergänge zu gedanklichen Regungen, schließlich nur zu Ansätzen solcher, deren Inhalt, bildlich gesprochen, immer mehr in der Nähe der Peripherie des geistigen Blickfeldes, immer mehr abseits vom jeweiligen Gegenstande der Aufmerksamkeit hervorzugehen scheint, so daß die Sinnestäuschungen, die diese Inhalte versprachlicht bringen — zum Unterschiede von den »eigenen« Stimmen — eben inhaltlich in einem immer schwerer, schließlich überhaupt nicht mehr ohne weiteres erkennbaren Zusammenhange mit dem eigenen Denken stehen. Es müssen übrigens auch nicht immer Gedanken im engeren Sinne, Gedanken in mehr oder weniger formuliertem Zustande sein, welchem die Erregung und Inhaltsbestimmung der betreffenden Sinnestäuschungen zuzuschreiben ist, sondern auch irgendwelche Gefühls- oder Triebregungen können es sein, die, ohne der Kranken an sich bewußt zu werden, sozusagen aus dem »Unterbewußten« heraus andrängend, zur Versprachlichung in den Sinnestäuschungen gelangen. Interessant ist es nun vor allem, daß das Versprachlichungsergebnis, das sich der Kranken im Inhalte ihrer Sprachhalluzinationen darbietet, desto größere Mängel aufweist, je mehr abseits vom jeweiligen Gegenstande der Aufmerksamkeit, je weniger beachtet, je weniger bemerkt, je weniger bewußt die Versprachlichung der in der Halluzination laut gewordenen geistigen Regung erfolgt ist. Dieses Parallelgehen des Ausmaßes der Versprachlichungsmängel mit dem Maße der Abseitigkeit der in der Sinnestäuschung versprachlichten geistigen Regung kommt deutlich darin zum Ausdruck, daß die »eigenen Stimmen« keine oder nur geringe Versprachlichungsmängel, und zwar am ehesten noch solche syntaktischer oder grammatischer Art aufweisen, wogegen die »Deklarationsstimmen«, welche die Kranke nicht mehr als ihre »eigenen« zu erkennen vermag, bereits weit mehr Mängel dieser Art zeigen, und es schließlich bei den Stimmen, die sie sicher als »von außen kommend«, also als ausgesprochen fremde Stimmen auffaßt, außer schweren und schwersten Fehlern in syntaktischer und grammatischer Hinsicht auch paraphasische Mängel, nicht nur leichterer, sondern auch schwerster Art — bis zu ganz unverständlichen Wortresten, gibt, und zwar zu Zeiten in einem solchen Maße, daß die paraphasischen Mängel geradezu vorherrschen oder für eine gewisse Dauer sogar ausschließlich, höchstens da und dort von »Stimmen«, die einen losen Zusammenhang erkennen lassen, durchsetzt, in Erscheinung treten.

Man wird, wie schon angedeutet worden ist, das festgestellte Parallelgehen des Maßes der Versprachlichungsmängel mit dem Maße der Abseitigkeit der Inhalte vom jeweiligen Gegenstande der

Aufmerksamkeit einerseits auf Rechnung der mit dem Maße dieser Abseitigkeit graduell zunehmenden Insuffizienz der vorsprachlichen, gedanklichen, anderseits auf Rechnung der gleichsinnig zunehmenden Insuffizienz der sprachlichen Formulierung zu setzen haben. In welchem Maße das eine, in welchem das andere Moment im Einzelfalle maßgebend ist, wird kaum zu entscheiden sein. Für die Überlegungen, welchen der erhobene Befund — im folgenden — als Unterlage dienen soll, ist diese Unterscheidung aber auch gleichgültig; es genügt die Feststellung, daß uns dieser Befund lehrt, daß bei schizophrenen Sprachhalluzinationen und -Pseudohalluzinationen Sprachmängel schweren und schwersten Grades und von solcher Art, wie wir sie sonst nur bei richtigen aphatischen Störungen zu sehen gewohnt sind, in Erscheinung treten können, u. zw. in unverkennbarer Abhängigkeit von der gradmäßig parallel gehenden Insuffizienz bestimmter intrapsychischer, bestimmter geistiger Leistungen, nämlich der vorsprachlichen und der sprachlichen Formulierung, — also einer Insuffizienz, die zweifellos als der schizophrenen Störung des Denkens und Sprechens durchaus analog anzusehen ist.

Sucht man an der Hand der ausführlichen Aufzeichnungen der Kranken einen Überblick über eine größere Zeitspanne zu gewinnen, so erkennt man bald, daß das Maß der Sprachmängel der »Stimmen« von Zeit zu Zeit, manchmal von Tag zu Tag, manchmal aber auch an einem und demselben Tage, großen Schwankungen unterworfen ist. Es gibt Tagesnotizen, in denen sich Pat. in einer breiten, eingehenden Schilderung ihrer etwa am Vortage erlebten Visionen, Träumereien usw. ergeht und dabei, abgesehen von einer gewissen Weitwendigkeit und Ungewöhnlichkeit einzelner Ausdrücke und ab und zu eingestreuten schizophrenen Stilblüten eine durchaus geordnete Diktion einzuhalten vermag. Dazwischen, oft einen Satz geradezu abbrechend, um ihn erst nachher wieder fortzusetzen, notiert Pat. ihre Sprachtäuschungen, sie stets mit Gänsefüßchen als solche kennzeichnend, z. B.: »Weil man dort auch was tuen kann für andere« (es war in der Schilderung gerade von einer Kirche die Rede) — »Weil's Zungen verbrennt« — »Und schwanger bist« — »Wärst Saal an« — »Nimmt nu« — »Weil sie ist jetzt recht angezogen« — »schätt?« — »Weil sie getätzt Jahr was« — »Ehr's Bussi Nies« usw. An anderen Tagen kämpft sie mit ihrem Streben, eine Schilderung ihrer Erlebnisse zu geben, vergeblich gegen die Stimmen an. Sie macht wiederholt Ansätze, fühlt sich aber selbst »zu schwach« fortzusetzen, sieht darin die Wirkung von allerlei äußeren Einflüssen, wie schlechte Luft, trüber Tag, das Kartenspielen zweier anderer Pfleglinge, hört dazu: »Weil so ein stundenlanges ereiferndes Kartenspiel soll

untersagt sein, weil es derbend (!) und nervenreizend ist« — »Turn' mehr« — »Mit solchen, die so spielen, kann man nie halten, weil's ein Teufel ist.« Fährt dann in ihren eigenen Betrachtungen fort: »Weil ich will nicht direkt lernen, sondern das einmal Erlernte... wohl behalten, weil es Schand' ist, es nicht mehr zu können.« An solchen Beispielen ist deutlich das Ineinanderspielen von Inhalten der »Stimmen«, besonders solcher vom Charakter der »Deklarationsstimmen«, und dem gerade gegebenen Denkinhalt zu erkennen, zugleich aber auch, wie sich aus diesem Ineinanderspielen mancherlei ergibt, was mit zu den Charakteren der schizophrenen Sprachverwirrtheit gehört. Es ist u. a. schon von *Neißer*, wie bereits erwähnt, darauf hingewiesen worden, daß ungeformte, bedeutungsleere Sprachgebilde, die in akustischen Sinnestäuschungen laut werden, zuweilen in eine sonst normale Rede eines Schizophrenen hineingeraten und die Rede stören. Ich halte es aber auch für wahrscheinlich, daß manche von jenen Neologismen, die so geartet sind, daß man ihre Entstehung nicht verstehen, daß man »wohl kaum mehr in Verstand oder Einfühlung mitgehen kann« (*Gruhle*), so entstehen mögen, daß irgend ein auch dem Kranken selbst fremd erscheinendes Wortgebilde gerade zu einer Zeit laut wird, da sich im Bewußtsein des Kranken ein ihn stärker ergreifendes, ob seiner Eigenart frappierendes schizophrenes Erlebnis abspielt, und der Kranke — unter dem bei Schizophrenen immer wieder wirksam werdenden Zwange, gleichzeitig im Bewußtsein Gegebenes aufeinander zu beziehen, miteinander irgendwie in gedanklichem Zusammenhang zu bringen — darauf verfällt, das betreffende Wortgebilde hinfort als Bezeichnung des betreffenden schizophrenen Erlebnisses zu nehmen und zu verwenden. Wiederholt haben mir wenigstens Schizophrene auf mein Fragen, warum sie eine bestimmte Sensation, einen bestimmten Zustand, gerade mit dem oder jenem Wortneugebilde bezeichnen, die Antwort gegeben, sie hätten »einmal gehört«, daß »das so heißt«. Unsere Kranke ist, wenn sie z. B. neben »nervenreizend« das Neugebilde »derbend« — anscheinend als beiläufig synonym — zur Kennzeichnung ihres psychischen Gesamtzustandes an dem betreffenden Tage verwendet, auf dem Wege, einen Neologismus als Ausdruck für diesen Zustand oder für eines seiner Merkmale festzulegen. Den Neologismen solcher Art reihen sich bei unserer Kranken aber auch noch jene an, die — zum Unterschiede von den echten Neubildungen (*Gruhle*, l. c., S. 160) — entstehen, indem am Wort »mit neuem Sinn erfüllt« wird. So bedeutet »selig« für die Kranke nicht das, was darunter zu verstehen ist, sondern — »etymologisch« von ihr als »seh' lieg'« zerlegt —, was von ihr, wenn sie liegt, deutlich gesehen werden kann; das »Seligere« ist für sie

sohin das »Deutlichere«. — Schließlich ergibt sich aber auch, wie zahlreiche Beispiele in den Notizen der Kranken lehren, aus dem oben betonten Ineinanderspielen des Inhaltes der »Stimmen« und des Inhaltes des Denkens und Sprechens auch die Übernahme mancher syntaktischer und grammatischer Fehlbildungen von sprachlich mangelhaft formulierten »Stimmen«-Inhalt in den gerade gegebenen Zusammenhang der Gedanken und der Rede. — Es gibt aber endlich auch Tage, in denen es unsere Kranke nicht einmal vorübergehend zu einer geordneten sprachlichen Darstellung ihres Denkens bringt; dann stellen die Notizen fast nichts dar als eine Aneinanderreihung entstellter und verstümmelter Wortgebilde, bzw. syntaktischer und grammatischer Fehlbildungen.

Mit all dem Gesagten könnte der Eindruck erweckt worden sein, daß ich die schizophrene Sprachverwirrtheit im allgemeinen ganz auf die Beeinflussung des Denkens und Sprechens durch gedanklich und sprachlich mangelhaft formulierte Sprachhalluzinationen zurückführen möchte. Dies ist nicht der Fall. Sicher scheint mir nur zu sein, daß die erörterte Bedeutung dieses Momentes bisher unterschätzt worden ist, namentlich soweit es sich um Fälle handelt, die wie der unsrige habituell keine eigentliche Sprachverwirrtheit oder nur geringe Anzeichen einer solchen darbieten. Und der eigentliche Zweck meiner Ausführungen war es zu zeigen, daß es nicht nur möglich und gerechtfertigt, sondern auch zweckdienlich ist — in welcher Hinsicht, wird noch weiter auszuführen sein — die sprachlich mehr oder weniger schwer entstellten Halluzinationen und Pseudohalluzinationen einerseits, die schizophrene Sprachverwirrtheit anderseits von einem Gesichtspunkte aus zu betrachten, der beide Erscheinungen gemeinsam zu umfassen geeignet ist, einem Gesichtspunkte, der ohne weiteres gegeben ist, wenn man, wie dies in der vorliegenden Arbeit geschieht, die Sinnestäuschungen sprachlichen Inhaltes eben auch einmal als Versprachlichungseffekte und damit sozusagen als Mitträger der Sprachverwirrtheit betrachtet.

Die schizophrenen »Sprachstörungen« begegnen bekanntlich zwei verschiedenen Auffassungen. Das Wesen der Verschiedenheit tritt schon in der Einstellung zutage, welche die Autoren beider Seiten bei der Darstellung dieser »Sprachstörungen« erkennen lassen.

Die eine Gruppe, besonders repräsentiert durch *Kleist* und seine Schule, ist darauf bedacht, die »formalen Ähnlichkeiten« und damit gegebenen »engen Beziehungen« der »Sprachstörungen« bei Schizophrenen zur motorischen bzw. motorischen Aphasie drastisch herauszustellen, wobei selbstverständlich besonders solche Fälle herangezogen werden, in deren Bild die sprachlichen Ausdrucksstörungen als »Schizophasie« über die »verhältnismäßig geringere Beeinträchtigung der übrigen seelischen Leistungen« mehr

oder weniger auffällig prävalieren. *Adolf Schneider*[4]) erklärt zusammenfassend: »Wir finden in der Sprache der Schizophrenen zwei verschiedene Formen von Störungen, zunächst schon einmal bei den eigentlichen sprachlichen Gebilden (Satz-, Wort- und Lautstruktur). Wir sehen auf der einen Seite einen Mangel an Sprachformen (Agrammatismus, Wortschatzverarmung und Apraxie der Lautbildung), auf der anderen eine Inkoordination der an sich in normaler Menge vorhandenen Formulierungsmöglichkeiten (Paragrammatismus, Wortneubildungen und Paraphrasien).« Beide Gruppen, die »Dysphrasien« und die »Paraphrasien«, haben »wegen formaler Ähnlichkeiten enge Beziehungen zur motorischen bzw. sensorischen Aphasie«.

Die andere Gruppe ist im Gegenteile bestrebt, die Unterschiede zwischen schizophrener Sprache und Aphasie zu beleuchten. In einer tiefgründigen Arbeit setzt *Carl Schneider*[5]) auseinander: Bei erkennbarem Gedankengang bestehen die Störungen beim Sensorisch-Aphasischen immer in Fehlbildungen wie Wortauslassungen, falschen Kasus, paraphasischen Entgleisungen, falschen Verwendung der Konjunktionen und Präpositionen, — beim Schizophrenen fehlen in solchem Falle sprachliche Störungen entweder ganz oder kommen nur in Form von Ellipsen vor. Bei nicht erkennbarem Gedankengang ist die Sprache des Sensorisch-Aphasischen durchwuchert von literalen und verbalen Paraphasien, amnestisch-aphasischen und rein sprachlichen Perseverationen, — beim Schizophrenen fehlen literale und verbale Paraphasien vollständig, ebenso amnestisch-aphasische Erscheinungen. — Störungen des Satzbaues ergeben sich beim Sensorisch-Aphasischen aus einer »Lückenbildung durch Ausfall von Worten, wobei eine Regelmäßigkeit darin, welcher Kategorie die Worte angehören, nicht zu bemerken ist«. Beim Schizophrenen fallen entweder ganze Gedankenglieder aus, oder aber es bleiben die für den Gedanken wichtigen Glieder fast regelmäßig stehen. Während beim agrammatischen Sensorisch-Aphasischen deutlich erkennbar bleibt, daß er die einzelnen Teile seines Gedankens normgemäß aufeinander bezogen denkt, stehen beim Schizophrenen die einzelnen Satzrechte und Worte unvermittelt nebeneinander. — Beim Aphasischen fehlt die Sprunghaftigkeit und die ideenflüchtige Entgleisung. — Beim Schizophrenen fehlt das Gebiet der paraphasischen Wortverstümmlung, der fehlerhaften Flexion und Deklination. — Beim Schizophrenen fehlt die verbale Paraphasie, er hat aber dafür die Paralogie voraus.

Der Unterschied der zwei Auffassungen selbst sei durch Gegenüberstellung der Folgerungen *A. Schneiders* einerseits, *C. Schneiders* anderseits illustriert. *Adolf Schneider* erklärt: Bei der Schizophrenie gibt es isolierte Sprachstörungen, die sich von den Denkstörungen differenzieren lassen. Damit sind diese Störungen von vorneherein bezüglich ihres hirnpathologischen Ortes an die Sprachsphäre im allgemeinen gebunden. Die beiden Gruppen von Störungen, die motorisch-dysphrasischen bzw. sensorisch-koordinatorischen, deuten auf die motorische bzw. sensori-

---

[4]) *A. Schneider,* Studien über Sprachstörungen bei Schizophrenen (Schizophasien). (Zeitschr. f. d. ges. N. u. P. 108, 1927.)

[5]) *C. Schneider,* Beiträge, zur Lehre von der Schizophrenie. III. Mitteilung (Zeitschr. f. d. ges. N. u. P. 96, 1925).

sche Sprachregion hin. Sie dürften, wie schon Kleist vermutet, in den Frontal- bzw. Temporallappen zu lokalisieren sein. Nach *Carl Schneider* ist dagegen zu sagen, »daß ganz allgemein in der Sprache der Schizophrenen das rein Sprachliche ungestört abzulaufen scheint, während beim Sensorisch-Aphasischen gerade der rein sprachliche Anteil gestört ist und die Denkprozesse reibungslos verlaufen«. Das Gebiet der schizophrenen Spracheigentümlichkeiten kann von den reproduktiven Sprachstörungen »empirisch und theoretisch scharf getrennt und als eine besondere Form des Spracherlebens bezeichnet werden, die genetisch und erlebensmäßig mit der Aphasie, der Hauptvertreterin reproduktiver Sprachstörungen nichts zu tun hat«. Formale Ähnlichkeiten ergeben keineswegs die Berechtigung, genetische Beziehungen der schizophrenen Sprache zu den Aphasien anzunehmen.

Gerade an diesem, an dem zuletzt zitierten Satz *Carl Schneiders* muß m. E. unter allen Umständen festgehalten werden, — selbst wenn es sich herausstellte, daß die »formalen Ähnlichkeiten« doch gelegentlich weitergehen, als *Carl Schneider* annimmt, u. zw. weitergehen nicht etwa auf Grund mehr oder weniger ausgiebiger Beimischung »tertiärer Symptomatologie«, sondern rein als unmittelbare Folge der spezifisch schizophrenen »Erlebnisstörung«. Es ist, wie ich besonders betonen möchte, nicht einzusehen, was etwa von vornherein, sozusagen prinzipiell, gegen die Möglichkeit sprechen sollte, daß die »formalen Ähnlichkeiten« der schizophrenen Redestörungen mit bestimmten lokalisierten Aphasien gelegentlich so weit gehen, daß die Unterscheidung doch nur auf Grund der Feststellung jenes Plus von Störungen getroffen werden kann, das der Rede des Schizophrenen im Gegensatze zu den Aphasien eigen ist, vor allem also der auch an dem »erkennbaren Gedankengang« selbst, der in der Rede kundgegeben wird, jeweils zutage tretenden schizophrenen Denkstörung, dann der typischen Paralogie, endlich in gewissen Fällen auch der von *C. Schneider* herausgehobenen Sprunghaftigkeit und ideenflüchtigen Entgleisung. Unser Fall macht es ja dagegen in höchstem Maße wahrscheinlich, daß in der Rede der Schizophrenen auch alle jene Mängel zur Geltung kommen können, die *C. Schneider* nur bei Sensorisch-Aphasischen findet — wogegen sie von anderen bei der Schizophrenie ab und zu eben doch auch gefunden und von *Kleist* und seiner Schule geradezu zur Grundlage der Auffassung der schizophrenen Rede im Sinne der »Aphasieanalogie« gemacht werden, vor allem literale und verbale Päraphasie, paraphasische Wortverstümmelung, fehlerhafte Flexion und Deklination u. dgl.

Unsere Kranke zeigt die schwereren, der Erscheinungsweise nach den aphasischen ähnlichen Defekte, wie ausgeführt worden

ist, im wesentlichen nur im Redelaute ihrer sprachlichen Sinnestäuschungen. Dies bedeutet für die Beweisführung, um die es sich handelt, einerseits ein Minus, underseits ein Plus. Das erstere ist darin zu sehen, daß in den sprachlichen Äußerungen im eigentlichen Sinne auch bei unserer Kranken die meisten der erst so recht aphasieähnlichen Mängel nicht zu finden sind, das letztere dagegen darin, daß bei dem Umstande, als Inhaltsgebung und Redegestaltung der sprachlichen Sinnestäuschungen, namentlich der den echten Halluzinationen am meisten entsprechenden, d. i. der Sinnestäuschungen »in gekürzter Rede«, dem Einflusse irgendwelcher verschrobenen Tendenzen, Spielereien, Sprachscherze (vgl. *Gruhle*), wie sie in der Rede schizophren Sprachverwirrter oft mit zur Geltung und zum Ausdruck kommen, entzogen sind, dem Einwande, derlei Momente seien bei der Determinierung der Aphasie-Ähnlichkeit wesentlich beteiligt, von vornherein der Boden entzogen ist, — und anderseits von gewohnheitsmäßig sich auswirkenden sprachlichen Manieren schon deswegen nicht recht die Rede sein kann, als in dem von der Kranken bewußt sprachlich formulierten Sprechmanieren im eigentlichen Sinne fast gar nicht erkennbar werden. Dem Einwande, die von der Kranken als Etymologie bezeichnete Zerlegung sei als solche Manier aufzufassen, wäre mit dem Hinweise darauf zu begegnen, daß dieses Verfahren erst auf das Gehörte angewendet wird, mit der sprachlichen Formulierung des letzteren an sich also nichts zu tun hat.

So ausgesprochen also die Aphasie-Ähnlichkeit des Redelautes vieler sprachlichen Sinnestäuschungen, so innig also deren formale Beziehungen zur sensorischen Aphasie bei unserer Kranken sein mögen, so wenig kann vor einer genetischen Beziehung zur Aphasie, von einer »Aphasie-Analogie« also auch in diesem Sinne, im Hinblick auf die beschriebenen Sinnestäuschungen die Rede sein. Dagegen ergeben sich in letzterer Hinsicht weitestgehende Beziehungen zur schizophrenen Sprachverwirrtheit, bzw. zur pseudophasischen Verwirrtheit im Sinne *Meynerts*, so daß mir, wie schon eingangs erwähnt, die Bezeichnung dieser Sinnestäuschungen als pseudophasisch, als pseudophasische »Stimmen« naheliegend erscheint.

Das Auftreten dieser pseudophasischen »Stimmen« bei der Schizophrenie, sowie ihr genetisches Begründetsein in der typisch schizophrenen Insuffizienz gewisser die vorsprachliche und die sprachliche Formulierung betreffender geistiger Leistungen ist für mich aber zugleich ein Beweis mehr dafür, daß es nicht angeht, aus der formalen Aphasie-Ähnlichkeit der schizophrenen Spracheigentümlichkeiten, und mag sie gelegentlich noch so weit gehen, auf eine genetische Analogie der letzteren mit der Aphasie zu schließen, zugleich aber auch ein Beweis mehr dafür, daß *Carl*

Schneider recht hat, wenn er, das Ergebnis seiner Erörterungen über die Sprache der Schizophrenen zusammenfassend, erklärt: »Soweit die Spracheigentümlichkeiten des Schizophrenen als spezifisch aufzufassen sind, sind sie auch alle auf seine spezifische Denkstörung zurückzuführen.«

Daß das Maß der bei Schizophrenen auftretenden Spracheigentümlichkeiten bzw. -Mängel nicht zugleich ein Maß der spezifischen Denkstörung ist, gehört zu den allbekannten Tatsachen. Worauf der, in einzelnen Fällen besonders weitgehende Unterschied des Grades der beiden Störungen zurückzuführen sein mag, wird immer nur fallweise zu ergründen sein. Da die Diversion im Sinne der Annahme der genetischen Aphasie-Analogie, wie erörtert worden ist, im allgemeinen[6]) nicht angeht, wird man bei seinen Erklärungsversuchen selbstverständlich immer auf dem Gebiete der Psychologie, bzw. Pathopsychologie, bleiben müssen. Vor allem könnten da m. E. individuelle Verhältnisse im Gebiete des besonders von *Pick* beleuchteten »Weges vom Denken zum Sprechen« eine beträchtliche Rolle spielen. Zunächst gibt es zweifellos einerseits Personen, deren Denken habituell an sich schon sozusagen im Kleide der Sprache abläuft, wohl weil ihre klaren und inhaltsbeständigen Begriffe immer zugleich auch schon das Wissen um ihren richtigen, sprachlichen Ausdruck mit einschließen, anderseits solche, deren Denken sich nahezu ganz oder doch weit mehr sozusagen in seinem ureigenen Bereiche allein abspielt, einem Bereiche, das ja verschieden ist von dem der Versprachlichungsdenkakte, so daß sie in der Tat den ganzen »Weg vom Denken zum Sprechen« erst zurücklegen müssen, wenn sie ihre Gedanken sprachlich kundgeben wollen. Weiters gibt es einerseits geübte, selbstsichere Sprecher, denen sich der richtige sprachliche Ausdruck ihres Denkens gleichsam automatisch bietet und die auch gewohnt sind, sich darauf zu verlassen, anderseits solche Personen, die gezwungen sind, einen mehr oder weniger großen Teil ihrer Aufmerksamkeit den Versprachlichungsakten besonders zuzuwenden, sei es weil sich die Versprachlichung ohne dieses Zutun tatsächlich in unzulänglicher Weise vollzieht, sei es weil sie ein gewisses Gefühl der Unsicherheit des Erfolges oder irgend ein anderes in gleichem Sinne wirkendes Moment dazu drängt. Bei Psychosen kommen dazu noch pathologische Momente wie Insuffizienzgefühle der ver-

[6]) Die Möglichkeit des Vorkommens vereinzelter Fälle, in denen »etwas wie eine lokalisierte Rindenerkrankung« (*Meynert*) sozusagen nebenherläuft, muß immer im Auge behalten werden. Der Nachweis des Vorliegens einer solchen lokalisierten Veränderung müßte aber in jedem speziellen Falle auf anderem, dem hirnpathologischen bzw. hirnanatomischen Wege erbracht werden; der Hinweis auf die formale Aphasie-Ähnlichkeit genügt dazu keineswegs.



schiedensten Art und Genese, bei unserer Schizophrenen z. B. eine übergroße, an krankhafte Pedanterie erinnernde Bedachtheit, aus mehreren sich anbietenden Ausdrücken ja den richtigen zu wählen, dazu noch die unverkennbare Sucht, in den sprachlichen Ausdruck gleichsam die zuweilen recht beträchtliche Kompliziertheit eigenartigen Erlebens zur Gänze hineinzupressen. Auch scheint sich bei Personen, die außer ihrer Muttersprache auch fremde Sprachen beherrschen und sich ihrer häufiger bedienen, eine verstärkte Einstellung der Aufmerksamkeit auf die Versprachlichung herauszubilden, die, nachgerade automatisch geworden, sich auch — in vermindertem Maße — auf die Muttersprache erstrecken zu können scheint. Bei unserer Kranken, die längere Zeit in Galizien gelebt und dort polnisch gesprochen hat, scheint dieses Moment mitgespielt zu haben. — Außer den angedeuteten wird es gewiß auch noch viele andere individuelle Unterschiede geben, deren Gemeinsames darin erblickt werden kann, daß sie zugleich Unterschiede des Ausmaßes an Aufmerksamkeitszuwendung bedeuten, das jeweils für die objektiv und bzw. oder für die subjektiv befriedigende Versprachlichung erforderlich ist.

Pseudaphasische Störungen bei Schizophrenie, schizophasische Störungen, werden, kann wohl gesagt werden, fallweise ihrem Ausmaße nach der Denkstörung gegenüber um so mehr in den Vordergrund treten können, je näher die betreffende Person jenem Typus, bei dem sich die Versprachlichung im allgemeinen unter starker Aufmerksamkeitszuwendung vollzieht, entweder schon von Haus aus, anlagemäßig, gestanden hat oder im Laufe der Zeit durch normales Erleben oder durch pathologisches Erleben gerückt worden ist.

Darüber nun aber, daß, wie sich *Carl Schneider* unpräjudizierlich ausdrückt, »die schizophrene Denkstörung irgendwie mit einer Störung der Aufmerksamkeit einhergeht«, wird niemand im Zweifel sein, so sehr auch die Ansichten darüber auseinandergehen mögen, wie geartet und wie entstanden man sich diese Störung der Aufmerksamkeit zu denken habe.

Bei den Prozeßschizophrenien ist die Insuffizienz der Aufmerksamkeit nach meiner Auffassung Teilerscheinung der Insuffizienz der psychischen Aktivität, in der ich eben die dem Prozesse entsprechende psychische Grundstörung erblicke. Wo aber von einem Prozesse nicht mehr die Rede sein kann, wie bei unserer Kranken, liegt die Sache anders. Wohl erweist sich auch da die Aufmerksamkeit in dem Sinne als unzulänglich, als einerseits längere Inanspruchnahme der Aufmerksamkeit, z. B. durch eine etwa eine Stunde überschreitende Befragung, bereits Übermüdungserscheinungen im Sinne einer deutlichen Aufmerksamkeitsstörung mit zunehmender schizophrener Zerfahrenheit hervor-

ruft, anderseits die Aufmerksamkeit in ihren Ausstrahlungen auf ein weiteres »Blickfeld« in mancherlei Beziehungen schon für gewöhnlich versagt und sich im Grunde nur in ihren Auswirkungen hinsichtlich des jeweils im »Blickpunkte« stehenden Gedankens und eines ganz kleinen Kreises von damit Zusammenhängendem als zulänglich herausstellt. Aber diese Beschränktheit der Aufmerksamkeitsleistung ist doch anders begründet als die Aufmerksamkeitsstörung der Prozeßschizophrenen. Nicht die psychische Aktivität ist unzulänglich, die Kranke entfaltet vielmehr habituell eine erstaunliche Aktivität, sondern das Ergebnis ihrer Leistung ist unzulänglich, weil sich ihrer Auswirkung Hindernisse in den Weg stellen, und zwar unzulänglich eben in dem Sinne, daß vieles von dem, was unter normalen Umständen, im Umkreise des eigentlichen Gegenstandes der Aufmerksamkeit, noch zu mehr oder weniger klarer Auffassung gelangen und im noch weiteren Umkreise immerhin noch »bemerkt« werden würde, nicht oder doch nicht in einem seine inhaltliche Erfassung ermöglichenden Maße mit bewußt wird. Erst eines eigenen, auf jede Einzelheit willensmäßig gerichteten Reproduktionsimpulses bedarf es daher, bewußt werden zu lassen, was zum weiteren Ausbau des Gedankens, zur weiteren Verfolgung des Gedankenganges an Vorstellungs- und sonstigem Material erforderlich ist. Dies bedingt einen beträchtlichen Aufwand an psychischer Aktivität, eine Inanspruchnahme der letzteren für eine Leistung, die unter normalen Verhältnissen fast »automatisch« zustande kommt. Zudem ist die Reproduktion, die Bewußtmachung einzelner fallweise ,gerade mehr oder weniger schwer entbehrlicher Inhalte oft überhaupt unmöglich gemacht oder doch so weit behindert, daß sie nicht in zweckdienlicher Art erfolgt, und zwar durch jene aus dem seinerzeitigen schizophrenen Prozesse hervorgegangenen residuär-pathologischen Verhältnisse, die von den Autoren, je nach der von ihnen der Betrachtung dieser Verhältnisse zugrunde gelegten Auffassung, als Sejunktion, Sperrung, Spaltung, Bindung durch Komplexe usw. dargestellt werden.

Bei unserer Kranken liegen die Verhältnisse so, daß die Aufmerksamkeit, die sie an ihren guten Tagen — »wenn die Luft rein ist«, wie sie sich selbst in bezeichnender Weise ausdrückt — aufbringt, gerade dazu ausreicht, außer der entsprechenden vorsprachlichen Formulierung auch die sprachliche in einer im allgemeinen korrekten, nur ganz vereinzelt leichtere grammatikalische Schnitzer aufweisenden Art zu ergeben. Dagegen zeigen sich bereits bei der sprachlichen Formulierung dessen, was sozusagen zum Gedanken, um dessen Formulierung es sich eben jeweils handelt, noch dazu gehört und das der Kranken erst im Gewande der »Deklarationsstimmen«, bereits sprachlich formuliert,

klar bewußt wird, weit häufigere und schon auch oft schwerere syntaktische und grammatikalische Mängel. Und vollends dort, wo sich die Versprachlichung — in Folge der Unzugänglichkeit der betreffenden Inhalte für die klarere Erfassung (Sejunktion, Spaltung) — gleichsam ganz ohne Kontrolle der Aufmerksamkeit vollzogen hat, in den Fremdstimmen und besonders denen »in gekürzter Rede«, treten erst die schwersten »Aphasie ähnlichen« Versprachlichungsmängel zutage.

Auf Grund der vorgebrachten Betrachtungen kann abschließend gesagt werden, daß unser Fall einen zur Gänze auf psychischem Gebiete liegenden Weg aufzuzeigen geeignet erscheint, auf dem Sprachmängel von weitestgehender Aphasie-Ähnlichkeit entstehen, bewußt werden, das Denken störend beeinflussen und schließlich unter Umständen auch in die Rede Eingang finden, in ihr zutage treten können. Unser Fall spricht daher entschiedenst dagegen, daß es erlaubt oder gar geboten sei, diese formale Ähnlichkeit im Sinne einer genetischen Analogie zu deuten.

Weit gefehlt wäre es, wollte man nun annehmen, der bezeichnete Weg sei der einzige, oder auch nur, er sei der gangbarste, der am meisten begangene Weg zur Hervorrufung aphasieähnlicher Sprachleistungsmängel bei der Schizophrenie. Der wesentlichste wird wohl immer der sein, der aus der Lockerung der Denkspracheinheit im Sinne *Carl Schneiders* hervorgeht. *Beringer*[7]) hat die sich daraus ergebenden »Störungsauswirkungen auf das sprachliche Gefüge klar herauszustellen vermocht. Er hat u. a. gezeigt, wie die sprachliche Formulierung, namentlich infolge der erhöhten Nachwirkung des gesprochenen und gehörten Wortes, neue determinierende Ansätze verursacht, die sich störend in den gedanklichen und in den sprachlichen Entwurf störend einschieben, wie es sich bei höheren Graden der Störung ergibt, daß Denk- und Sprachakt förmlich getrennt vor sich gehen, wobei bald die aufs Sprachliche, bald die aufs Vorsprachliche gerichteten Intentionen die Führung gewinnen, wie sich endlich Zustände ergeben können »eines fast nur im Sprachlichen ablaufenden Geschehens, bei dem der Reflex des Denkens objektiv fehlt und auch im subjektiven Erleben fehlen kann, oft mit einem Sprachdrang verbunden«.

Wernicke (Grundriß der Psychiatrie, I) weist 1894 darauf hin, daß man »von Alters her gerade an die Aphasie die Hoffnung geknüpft hat, daß sie den Ausgangspunkt bilden werde, von dem aus ein Verständnis der Geisteskrankheiten sich anbahnen könnte«.

---

[7]) *Beringer*, Denkstörungen und Sprache bei Schizophrenen. Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Ps., Bd. 103, 1926.

Diese Hoffnung sei nicht getäuscht worden; es gebe »vielmehr wirklich Fälle von Aphasie, welche im innigsten Zusammenhange mit bekannten Geisteskrankheiten stehen«. Im Grunde sei jede Geisteskrankheit, soweit sie »in verkehrten sprachlichen Äußerungen« zutage trete, »für uns ein Beispiel von transkortikaler Aphasie«. Die »Übereinstimmung beider Krankheiten« erkläre sich durch den gleichen Sitz in transkortikalen oder Assoziationsbahnen«; die Verschiedenheit dagegen sei darin zu erblicken, »daß die Geisteskrankheit diese Bahnen vereinzelt mit individueller Auswahl befällt, die Herdkrankheit dagegen kompakte Masse davon«. »Ausnahmsweise« werde »die Summation individuell erkrankter Bahnen denselben Effekt wie die Herderkrankung bewirken und dann eine transkortikale Aphasie aus einer Geisteskrankheit hervorgehen können«.

Wie ersichtlich, ist *Wernicke* ganz von der Idee eingenommen, die »Übereinstimmung« und auch die »Verschiedenheit« von Aphasie und Geisteskrankheit seien anatomisch zu deuten, wobei er annimmt, daß die Erkrankung im Falle der Geisteskrankheit »ähnlich der degenerativen Neuritis gewissermaßen die Individuen unter den assoziativen Elementen differenziert«. Sieht man von dem unhaltbaren Ergebnisse dieser anatomischen Abschweifung ab, so bleibt die immerhin wichtige Feststellung übrig, daß es bei gewissen Geisteskrankheiten zu »verkehrten sprachlichen Äußerungen« kommen kann, die solchen bei transkortikaler Aphasie gleichen. Als irrig hat sich aber die Annahme erwiesen, es sei möglich, von der Aphasie her zu »einem Verständnisse der Geisteskrankheiten« vorzudringen. Im Gegenteil, gerade das Umgekehrte scheint richtig zu sein! Die Lehre von den schizophrenen Sprachveränderungen, die ja ganz besonders dem in Betracht kommenden Grenzgebiete angehören, hat bisher von der Betonung der »Aphasie-Ähnlichkeit« nicht nur keinen Gewinn gehabt; mit der Verfechtung der Idee, dieser Ähnlichkeit entspreche auch eine genetische Analogie, hätte höchstens Verwirrung angerichtet werden können. Die Lehre von den Aphasien kann dagegen aus einer möglichst genauen Betrachtung und Erfassung der schizophrenen Sprachmängel weitgehenden und weittragenden Gewinn ziehen; die Schizophrenie vermag uns nämlich wie ein geniales Naturexperiment zu zeigen, was alles »transkortikal«, bzw. nicht durch eine umschriebene Läsion der Hirnrinde bedingt, sein kann. Damit erweitert sich wieder »das Feld der psychologischen Forschungsmöglichkeiten«, deren große Bedeutung für die Aphasie von den Autoren immer mehr gewürdigt wird und in der letzten Zeit u. a. von *Bonvicini* [8]) trefflich beleuchtet worden ist.

---

[8]) *Bonvicini*, Die Störungen der Lautsprache bei Temporallappenläsionen, Berlin u. Wien, 1929.



(Aus der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt der Pfalz in Frankenthal
Direktor Dr. *Resch.*)

Über einen Fall von Lueshalluzinose.

Von
Medizinalrat I. Kl. Dr. **Hermann Schröder.**

Unter Lues-Psychosen versteht man nach *Boström* bekanntlich solche nicht paralytischen geistigen Störungen, die mit einer morphologisch erkennbaren syphilitischen Hirnveränderung einhergehen und klinisch auch auf diese zurückgeführt werden müssen, wobei die Psychosen sowohl durch die betreffende Hirnveränderung allein als auch durch Mitwirkung von toxischen Einwirkungen resp. durch sekundäre Veränderungen wie Gefäßstörungen oder Hirndruck verursacht werden. Durch diese Definition wird daher einmal die syphilitische Neurasthenie ausgeschlossen, andererseits gehören reine Kombinationen von Lues und endogenen Psychosen nicht zum eigentlichen Bild der Lues-Psychosen, obwohl eine derartige Trennung nicht immer gelingt. Pathologisch-anatomisch sind die Hirnbefunde überaus mannigfaltig, wie man das auch sonst von der Syphilis gewohnt ist, und verknüpfen sich vielfach miteinander; als Hauptformen lassen sich heute vor allem drei Veränderungen herausschälen, einmal die Meningoencephalitis, sodann die gummösen Herde und die vaskulären Formen, mit den eventuellen Folgen eines Gefäßverschlusses. Aus der Art und dem Grade der anatomischen Veränderungen jedoch auf die Form der klinischen Zustandsbilder einen Rückschluß zu ziehen, ist nicht möglich, zumal die verschiedenen Krankheitsvorgänge nicht allein die gleichen Gewebsteile ergreifen, oft an denselben Stellen und im gleichen Umfang, sondern sich zum Teil auch miteinander verbinden. Dazu bringen erfahrungsgemäß alle organischen Gehirnerkrankungen im allgemeinen die gleichen psychischen Erscheinungen hervor, mit dem Unterschied, daß bei akutem Auftreten mehr der exogene Prädilektionstyp *Bonhöffers* im Vordergrunde steht, während sich bei langsamem Beginn und bei der Neigung zum Fortschreiten das organische Defektsyndrom entwickelt, wobei es aber auch hier wieder zu Vermischungen zwischen beiden Systemreihen kommt. Diese letztere Einteilung nach klinischen Gesichtspunkten wird deshalb auch der nosologischen Stellung der Lues-Psychosen am ehesten gerecht. Die klinische Gruppierung hat von jeher große Schwierigkeiten bereitet; ich erinnere nur an die Darstellung in den verschiedenen älteren Lehrbüchern; erst *Walter* und *Fabrizius* haben zwischen akuten Psychosen und chronischen

Defektzuständen resp. zwischen exogenen Reaktionsformen und chronischen Defektpsychosen unterschieden. *Boström* teilt ein: 1. in Psychosen von exogenem Prädilektionstyp mit akutem, subakutem und protrahiertem Verlauf und 2. in Demenzformen, die einmal die Restzustände nach 1. und sodann die chronischen fortschreitenden Demenzformen umfassen.

Unter den Lues-Psychosen bilden nun die hier allein interessierenden Halluzinosen eine besonders merkwürdige Gruppe: es sind das diejenigen Krankheitszustände, die *Kraepelin* in seinem Lehrbuch als paranoide Formen der Hirnsyphilis bezeichnet und deren psychiatrische Stellung er noch für recht unsicher hält; sie sind durch die langsame Entwicklung von Wahnideen, meist der Verfolgung, und durch Sinnestäuschungen, vor allem des Gehörs, bei erhaltener Besonnenheit gekennzeichnet. Manche Kranken haben auch körperliche Mißempfindungen im Sinne eines kuriosen Geruchs, des Schmeckens von Gift, des Gequältwerdens an den Geschlechtsorganen usw. Oft besteht große Reizbarkeit mit plötzlich auftretenden unbegründeten Ausbrüchen. Die körperlichen Störungen treten hier ganz in den Hintergrund. Gewöhnlich tritt die Erkrankung mehrere Jahre, meist sogar 10 Jahre und noch mehr nach der luetischen Infektion auf und enden in einem mehr oder weniger hochgradigen geistigen Schwächezustand. Eine Beeinflussung durch eine spezifische Behandlung ist recht unsicher. Der Unterschied gegenüber der Schizophrenie ist oft recht schwierig und soll vor allem im Fehlen der eigenartigen Willensstörungen und der inneren Zerklüftung der Persönlichkeit zu suchen sein.

Eine gewisse Ordnung in das Krankheitsbild der Lues-Halluzinosen hat *Plaut* 1913 in seinem Buch »über Halluzinosen der Syphilitiker« gebracht. Er will darin den Versuch machen nachzuweisen, daß die Lues allein imstande sei Halluzinationen zu erzeugen ohne Ausgang in eine paralyseähnliche Demenz; er bringt dabei besonders auch eigene Beobachtungen aus der Münchener Klinik über paranoide bzw. akustische halluzinatorische Psychosen bei Syphilitikern, wobei aber allerdings die Stellung einer bestimmten Diagnose auf große Schwierigkeiten stößt. Er unterscheidet dabei sowohl akute resp. subakute Fälle mit ängstlichen Erregungen, akustischen Sinnestäuschungen und Verfolgungswahn ohne Desorientierung, die nach 18tägiger bis 10monatiger Dauer fast alle in Heilung ausgingen, mit und ohne Behandlung mit Quecksilber und Salvarsan, als auch chronische Formen mit geringen körperlichen Erscheinungen, die dem Paranoid von *Kraepelin* nahestehen und die mit unsinnigen Wahnideen, Stimmen, seltener auch andern Halluzinationen, am häufigsten noch Körperhalluzinationen einhergehen und gewöhnlich in einem

gewissen seelischen Siechtum zu enden pflegen. Einer antisyphilitischen Behandlung gegenüber erhalten sich diese chronischen Fälle ziemlich refraktär; bei beiden Formen besteht eine gewisse Krankheitseinsicht; ebenso sind stets die Liquorreaktionen als positiv befunden worden.

Angeregt durch die Arbeit *Plaut*s haben andere Autoren immer wieder versucht, den Begriff der Lueshalluzinosen noch mehr zu umgrenzen. Vor allem die Einteilung in akute und chronische Formen ist nicht überall zur Anerkennung gelangt. Man rechnet heute allgemein zu den eigentlichen Lueshalluzinationen nur die Formen von protrahiertem Verlauf; trotz ihres chronischen Verlaufs werden sie in den Rahmen des exogenen Prädilektionstyps eingereiht, da sie sich nur durch die Eigenart ihres protrahierten Verlaufs von den andern akuten Formen des exogenen Prädilektionstyps unterscheiden. Die von *Plaut* beschriebenen akuten Fälle werden hiermit abgesondert und nicht mehr als eine besondere Form der Lueshalluzinationen angesehen; sie gehören in die Gruppe des gewöhnlichen exogenen Prädilektionstyps. In diesem Sinne erkennt auch *Rieti* die Lues-Halluzinose als eine besondere Form an, als eine autonome Krankheitseinheit und begründet die Unterschiede einmal der Paralyse, sodann den andern luetischen Psychosen gegenüber. Dagegen ist *Wimmer* nicht so ganz überzeugt und mahnt vor allem mit Rücksicht auf eine Verwechselung mit Schizophrenieerkrankungen zur besonderen Vorsicht bei der Stellung der Diagnose; jedenfalls hält er derartige Erkrankungen für äußerst selten und hat schon 1918 fünf Kriterien für die Diagnose einer derartigen Psychose aufgestellt. Auch *Boström* hält auf Grund der verschiedenen Berichte in der Literatur die Lues-Halluzinose für eine recht seltene Erkrankung und nimmt an, daß es bei den syphilitischen Erkrankungen dann zu einer chronischen Halluzinose kommt, wenn außer der Lues noch andere Komponenten, die gleichfalls eine Neigung zur Erzeugung von Halluzinationen haben, mitwirken. Das Bild der echten syphilitischen Halluzinose wird jetzt ungefähr folgendermaßen beschrieben: Schleichender Beginn mit unbestimmten Prodromen, sodann Entwicklung von massenhaften Sinnestäuschungen, besonders auf akustischem Gebiete, mit Einhergehen von paranoiden Wahnideen, die mit den Halluzinationen meist inhaltliche Beziehungen unterhalten; Angst und Mißtrauen; dabei klares Bewußtsein; meist deutliches Krankheitsgefühl; zuerst keine deutliche Demenz, dagegen nicht selten Auftreten von Merkstörungen, Interesselosigkeit, Zerstreutheit, seltener Gereiztheit und Erregung. Auf körperlichem Gebiete sehr geringe Erscheinungen, meist nur Pupillenstörungen, seltener Hirnnervenausfälle oder tabische Zeichen. Dagegen meist positive Wasser-

mannreaktion im Blut und zum Teil auch im Liquor, vor allem bei höherer Konzentration; Erhöhung der Zellenzahl im Liquor, gewöhnlich positive Nonnereaktion; Kolloidkurve, meist vom Bild der Lueszacke. Der Verlauf zeigt allerlei Schwankungen, zu einem fortschreitenden Zerfall der Persönlichkeit kommt es nicht, die beobachtete gemütliche Abstumpfung und der Mangel an Initiative zeigen sich meist schon zum Beginn der Erkrankung und nehmen im späteren Verlauf kaum noch zu, eher ist oft noch das Gegenteil der Fall. Andererseits ist von einer Beeinflussung des Leidens durch eine spezifische Behandlung wenig zu merken, mit Ausnahme einer Sanierung des Liquors. Trotzdem muß versucht werden mit den zu Gebote stehenden Mitteln, vielleicht mit der neuen kombinierten Sättigungskur nach *Schreus* in Verbindung mit einer Fieberkur zu einem Erfolg zu kommen.

Die nosologische Stellung der Lues-Halluzinosen wird heute allgemein folgendermaßen umrissen: sie gehören zu den Krankheitsbildern, die nicht durch eine Ursache allein sich erklären lassen, sondern bei denen mehrere pathogenetische Faktoren mit eine Rolle spielen. Es ist dies aber nicht so zu verstehen, daß die einzelnen Symptome der in Betracht kommenden Erkrankungen sich einfach addieren, sondern die Verflechtung ist eine derartig innige, daß die eine Erkrankung ohne die andere nicht zum Ausbruch gekommen wäre; auch zeigen die Symptome der Lues-Halluzinose durch diese gegenseitige Einwirkung eine besondere Eigentümlichkeit in der Erscheinung, wie im Verlaufe; aber die Lues gilt immer als der wichtigste und konstanteste Faktor beim Aufbau der Psychose. Der Aufbau der Halluzinose hat Ähnlichkeit mit dem bei der Alkoholhalluzinose; *Pohlisch* hat dargetan, daß bei der Entstehung der Alkoholhalluzinose konstitutionelle Momente eine große Rolle mitspielen und zwar im Sinne von Beziehungen zum schizophrenen Formenkreis, und das gleiche kann man auch bei Lues-Halluzinosen in den meisten Fällen nachweisen. Die Lues sowohl (ebenso der Alkohol) wie die Anlage zur Schizophrenie haben die Eigenschaft zur Erzeugung von Sinnestäuschungen, die sich bei ihrem Zusammentreffen gut mischen, da ihre Symptome sich nicht gegenseitig beeinträchtigen. Es können aber auch neben endogenen Faktoren exogene Momente mit eine Rolle spielen, z. B. Gehirnarteriosklerose, senile Veränderungen, chronischer Alkoholismus usw. Alle diese neben der Lues mitsprechenden Faktoren stellen ein retardierendes Moment im Verlaufe der Psychose dar und sind für das Chronischwerden des an und für sich zu erwartenden Abklingens der Erscheinungen verantwortlich zu machen. Es ist klar, daß die Differentialdiagnose vor allem gegenüber der Schizophrenie, bei der es noch zu einer Hirnlues gekommen ist, oft recht schwierig sein

wird, zumal der Behandlungserfolg im Stiche läßt; hier wird nur die Anamnese, die Kenntnis der Persönlichkeit vor einem Irrtum schützen. Dagegen gehören viele als paranoide Tabes-Psychosen beschriebenen Fälle zweifellos zu den chronischen Lues-Halluzinosen, denn sie zeigen den gleichen Aufbau.

Als Beispiel einer Lues-Halluzinose möchte ich den Fall eines Mannes anführen, der im August 1934 zur Aufnahme in die hiesige Anstalt kam und zur Zeit sich noch hier aufhält. Es handelt sich um einen am 15. 10. 1901 in Stuttgart geborenen Arbeiter P. H., der in den letzten Jahren in Eisenberg beschäftigt war und dort erkrankte. Aus der Vorgeschichte ist folgendes bemerkenswert: Der Großvater väterlicherseits hat gerne getrunken, starb im hohen Alter an Arterienverkalkung. Der Vater, ein pensionierter Postsekretär, leidet an Asthma. Ein Bruder des Vaters, Architekt, hat sich mit 25 Jahren aus Eifersucht erschossen. Ein älterer Bruder starb an einem Nierenleiden. Pat. selbst kam normal zur Welt, lernte wegen der englischen Krankheit spät laufen, hat in der Schule gut gelernt, besuchte 5 Klassen Volksschule und 3 Klassen Realschule, war stets folgsam, hatte Kameraden. Er besuchte dann die Gewerbeschule, wurde in Stuttgart Mechaniker, machte eine gute Gesellenprüfung. Mit 19 Jahren litt er an Lungen- und Rippenfellentzündung, wobei ihm eine linke Rippe herausgenommen werden mußte. 1918 wurde er wegen Arbeitsmangel entlassen und arbeitete als einfacher Arbeiter in einer Betonfabrik in Württemberg. Auf Montagefahrt kam er 1922 nach Eisenberg, war später Heizer in einer Papiermühle, dann Fahrer auf einer Rangiermaschine. In den letzten Jahren wurde er arbeitslos, hat gestempelt und zeitweise bei der Stadt in Arbeit gestanden. 1929 hatte er die Grippe. 1925 heiratete er eine 6 Jahre jüngere Frau; 2 Mädchen aus dieser Ehe von 9—10 Jahren sind gesund und lernen gut. Seit 1933 ist er wegen Untreue der Frau geschieden. Vor Jahren verbüßte er wegen Sittlichkeitsvergehens eine mehrmonatige Gefängnisstrafe.

Die Syphilis aquirierte er um 1928 herum, wahrscheinlich von der Ehefrau, denn sie hatte die Lues gehabt und auch Kuren mitgemacht. Patient hatte kein Geschwür am Glied, keinen Ausschlag, klagte nur über Zittern und Kopfschmerzen. Er wurde sodann im hiesigen städt. Krankenhaus wegen der Lues behandelt. Nach den Krankenhausakten ist folgendes bekannt: 1. Aufnahme am 21. 5. 1930, Klagen: seit $^1/_2$ Jahr Kopfschmerzen, leichte Erregbarkeit, schlechter Schlaf, aufregende Träume. Befund: leicht gesteigerte Reflexe; Pupillen mäßig entrundet, Reaktion auf Licht und Convergenz gut, etwas Silbenstolpern. Wassermann im Blut positiv. Behandlung: 14 Injektionen von Neosalvarsan III. und 10 Injektionen von Bismogenol a 2,0 ccm. Bei

der Entlassung am 15. 7. 1930 Blut-Wassermann positiv. 2. Behandlung im Krankenhaus vom 11. 9. 1930 bis 21. 10. 1930: 12 Injektionen von Neosalvarsan III. und 12 Bismogenol-Injektionen a 2,0 ccm. Wassermann'sche Reaktion im Blut am Anfang und Schluß positiv. 3. Behandlung im Kr. Haus: vom 11. 3. 1931 bis 21. 4. 1931: 12 Injektionen Neosalvarsan III. und 12 Injektionen Bismogenol a 2,0 ccm. Wassermann'sche Reaktion im März 1931 positiv. In der Folgezeit wurde Pat. noch öfter im Krankenhaus Kirchheimbolanden spezifisch behandelt, wie oft ist nicht zu erfahren. Auch will er bei seinem Hausarzt noch zwei Kuren mitgemacht haben. In den letzten zwei Jahren wurde bei dem Pat. vom Arzt eine zunehmende Reizbarkeit festgestellt, besonders im letzten Jahre zeigten sich Streitsucht und Verfolgungsideen. Am 29. 6. 1934 wiederum Aufnahme im hiesigen Krankenhaus: Pat. gab an, er fühle sich von einem jungen Ehepaar verfolgt, die beiden seien absichtlich mit dem gleichen Zug »schwarz« hierher gefahren, um ihm den Schlaf zu stören. Der Mann rüttele nachts an den Türen und die Frau am Fenster, auch würden sie ihn bestehlen. Befund: Silbenstolpern; Pupillen entrundet, Reaktion auf Licht und Convergenz in Ordnung; lebhafte Patellarreflexe, Wassermann im Blut negativ, im Liquor bei 0,6 positiv. Liquor: Pandy +, Zellen 70/3, keine Druckerhöhung; Mastix- und Goldsolreaktion keine besondere Änderung. Behandlung: Salvarsankur (5,4); Entlassung am 4. 8. 1934 gebessert und arbeitsfähig. Diagnose: centrale Lues.

Am 23. 8. 1934 Aufnahme in der hiesigen Anstalt, da Pat. draußen die Leute, besonders die Frauen belästigte und viel Lärm verursachte. Befund bei der Aufnahme: relativ guter Ernährungs- und Kräftezustand. Kopfumfang 54 cm, keine Klopfempfindlichkeit des Schädeldachs und der Gehirnnerven; zusammengewachsene Augenbrauen, gelichtetes Kopfhaar, angewachsene Ohrläppchen. Facialis o. B. Augen: kein Schielen, kein Nystagmus. Pupillen: leicht verzogen, eng; völlige Starre auf Licht und Convergenz. Kräftiger Brustkorb, in Höhe der 6. Rippe links eine 8/2 cm Resektionsnarbe. Lungen: o. B. Leichte Herzvergrößerung nach links. Geringes diastolisches Geräusch an der Mitralis. Blutdruck 110/50 mm Quecksilber (Tonometer); Puls o. B. Leib und Geschlechtsorgane o. B. Bohnengroße, nicht schmerzhafte Leistendrüsen. Verkrüppelung des Endgliedes und Versteifung im Endgelenk des r. Daumens. Intakte Sensibilität der Haut; Händezittern; Erhöhung der Sehnen- und Hautreflexe. Kein Babinski, kein Romberg. Urin frei von Eiweiß und Zucker; Sprache hastig, schwer verständlich, geringes Schmieren und Silbenstolpern.

Untersuchung des Liquors: Wassermannreaktion bei steigen-

der Konzentration +; Sachs-Georgi'sche Reaktion —; Eiweiß nicht erhöht; Pandy +, Nonne —; einige Lymphozyten; Goldsol- und Mastixreaktion ohne spezifische Veränderung. Blut-Wassermann wurde im Krankenhaus bereits angestellt.

Psychisch fällt bei dem Pat. bei erhaltener Orientierung auf, daß er sehr stark halluziniert und zwar auf optischem, vor allem aber auf akustischem Gebiet; dabei leidet er an einem ausgedehnten Verfolgungswahn, schlägt viel mit den Armen um sich, um sich seiner Verfolger zu erwehren; er ist deshalb immer in einer gewissen Unruhe, ist ängstlich, mißtrauisch, zittert oft am ganzen Körper, schläft nachts wenig; es ist ein im gleichen Haus wie Pat. wohnendes Ehepaar B., das dem Pat. ständig nachgeht und ihn quält. Sie sind beide ihm in die Anstalt nachgefahren und zwar in einem Nebenabteil des Zuges; die Frau B. dringt sogar in den Saal ein durch das Gitter, geht mit einem Küchenmesser gegen ihn und will ihm in die Seite stechen; dann will sie ihm am Skrotum die Haare herausreißen; er erklärt, zu ihr gesagt zu haben, sie solle doch machen, daß sie weiter komme, sie solle sich schämen mit 18 Jahren andere Männer zu belästigen; außerhalb der krankhaften Ideen kann man sich mit dem Pat. ordentlich unterhalten, er gibt im allgemeinen klare, geordnete Auskunft, ist nur bei Aufnahme der Anamnese etwas unzuverlässig. Ein Versuch ihn in der Anstaltsweberei zu beschäftigen schlägt fehl, da er durch seine Halluzinationen zu sehr von der Arbeit abgelenkt wird. Am 10. 9. 1934 wird eine kombinierte Pyrifer-Salvarsan-Bismogenolkur eingeleitet und in der Weise durchgeführt, daß zwischen den einzelnen Pyriferspritzen Injektionen von Neosalvarsan in steigenden Dosen und von Bismogenol a 1,0 ccm verabreicht wird. Die Kur übersteht Pat. im allgemeinen ordentlich, auf der Höhe des Fiebers leidet er oft an Erbrechen, hat auch öfters starken Schüttelfrost. Während der Kur wird er recht häufig von seinen Halluzinationen geplagt, besonders nachts. Der Samen wird ihm von der Frau B. abgezogen, die unter die Bettdecke schlüpft; das Auge wird ihm ausgestochen, die Lunge durchbohrt usw. Er verlangt die Kriminalpolizei zur Abhilfe gegen seine Peiniger, lieber will er wieder nach Hause fahren, da es in der Anstalt noch schlimmer ist; ein andermal äußert er, die Frau habe ihm im Schlaf 8 Tage lang am Geschlechtsteil herumgespielt, damit er durch den Samenverlust die Kraft verliere; er habe es morgens an seinen nassen Händen gemerkt. Mit dem gestohlenen Messer verletze ihn die Frau am Schädel, an der Nase, sie habe ihm sogar am hellen Tag die linke Lunge durchstochen. Pat. verlangt damals auch eine genaue Durchleuchtung der Lunge, um die Schandtat festzustellen. Der Mann steht angeblich bei Tag und Nacht draußen

am Fenster und gibt von dort seiner Frau die nötigen Weisungen für die Schikanen; diese schleicht dann unter den Betten herum, einmal hat sie ihm auch eine Glasscherbe ins Essen getan, die Pat. selbst zum Fenster hinausgeworfen hat. Er hört oft den Mann sagen: »stech ihm die Augen aus« u. a. m. All das bringt Pat. mit fester Überzeugung vor und läßt sich auch nicht daran irre machen; am Körper selbst zeigt er kleinere rote Flecken, die vom Reiben entstehen, und hält sie für die Verletzungsfolgen durch die Frau; äußerlich benimmt sich H. stets geordnet, zeigt allerdings einen gewissen Grad von Schwachsinn; Ende der Kur am 20. 10. 1934: Im ganzen 12 Fieberzacken, 6,3 Neosalvarsan, 12,0 ccm Bismogenol.

In der nächsten Zeit tritt keine Änderung des psychischen Zustandes ein. Pat. ist bei Tag, besonders aber bei Nacht sehr laut, halluziniert viel, sucht sich der Hure, wie er die Frau nennt, durch Umsichschlagen mit den Armen zu erwehren, springt aus dem Bett, zieht sein Hemd aus, fühlt sich ständig geplagt und gequält; sie trennt ihm die Knöpfe ab, zerschneidet das Hemd, stiehlt seine Pfeife usw.; er zeigt sich stets uneinsichtig seinen krankhaften Ideen gegenüber. Bei einer Unterhaltung Anfang November 1934 geht er mehr aus sich heraus: er ist von dem Ehepaar schon eine zeitlang bestohlen worden, gesehen hat er es nicht, aber er kann Zeugen anführen. Sie sind ihm beide nachgefahren bis in die Anstalt, der Ehemann hat gesagt: »schleiche dich hinein in den Saal!« und seither ist sie drinnen im Saal, sie läuft ihm überall nach bei Tag und Nacht; »wenn ich dahin gehe, muß sie von ihm aus in mein Hemd schlüpfen, durch den Arm oder durch den Fuß.« Er läßt sich das Unsinnige nicht ausreden, erklärt, sie sei eine kleine Person, die überall durchschlüpfen könne. Während des Fiebers hat sie ihm mit dem gestohlenen Messer auf den Bauch gestochen. Der Mann hat ihr den Befehl gegeben, die linke Lunge zu durchstechen und hernach auch die rechte, das hat er deutlich gehört; durch den Abgang des Samens hat er 25 Pfd. abgenommen. Auf die Frage, ob sie im Augenblick auch wieder in seinen Kleidern stecke, sucht er sofort die Kleider aus, findet aber nichts. Für geisteskrank hält er sich nicht, gibt aber zu die Syphilis zu haben.

In den nächsten Wochen bietet Pat. stets das gleiche Verhalten. Tagsüber sieht man ihn oft halluzinierend, schimpfend und mit den Armen um sich schlagend herumlaufen; stets fühlt er sich von der Hure gequält, vor allem raubt sie ihm durch ihre Manipulation die Ruhe; er bringt sich selbst durch Reiben Abschürfungen an der Haut zu und erklärt diese für Verletzungen durch die Frau. Seit 7. 1. 1935 wird er in der Weberei beschäftigt, wird aber dabei stets von Halluzinationen und Mißempfin-

dungen geplagt. Eine erneute Untersuchung Mitte Januar 1935 ergibt das gleiche Bild: Halluzination auf optischem und besonders akustischem Gebiet, zahlreiche Mißempfindungen, Wahnideen, Ängstlichkeit; zeitweise Erregungen; wegen der Belästigungen durch die Frau befragt, meint er: »die hat was angefangen! Armschlüpfen, Fußschlüpfen, Bettschlüpfen — ein Sekundenmensch ist das; die macht das Tag und Nacht durch; ihr Mann diktiert ihr dabei — die läuft mir nach — Augenstechen — Schulterhüpfen.« Dabei beschreibt er ihre geringe Größe und ihre Kleidung. Er ist vernünftigen Erwägungen gegenüber völlig unbelehrbar, hält sich nicht für geisteskrank, will jetzt auf dem schnellsten Wege nach Hause zu seinen Eltern nach Stuttgart, denn dahin könne sie ihm nicht nachkommen; »zum Bahnhof kommt sie nicht hinaus, dort sind 38 Nebengeleise; die hat ja auch kein Geld, die sind doch ohne Geld bis hierher gefahren.«

Die Orientierung ist weiterhin in Ordnung. Die Intelligenzprüfung ergibt, daß H. im Kopfrechnen ziemlich versagt; das Lösen von einfachen Definitionen und Unterschiedsfragen gelingt ihm besser, von politischen Ereignissen weiß er das Wichtigste. Das Gedächtnis zeigt eine gewisse Einbuße, was besonders bei Aufnahme der Anamnese zutage tritt, ebenso besteht eine geringe Merkfähigkeitsstörung. Eine gewisse Urteilsschwäche ist unverkennbar.

Körperbefund Mitte Januar 1935: Zunahme des Gewichts um 6 kg. Pupillen: beiderseits etwas verzogen, rechte Pupille größer als die linke; Reaktion auf Convergenz gut, auf Licht unmöglich. Sonst wie früher. Untersuchung des Blutes vom Januar 1935: Wassermann'sche Reaktion —, Sachs-Georgi'sche Reaktion fraglich, Meinicke-Reaktion +; Liquor: Wassermann-Reaktion, Sachs-Georgi-Reaktion und Meinicke-Reaktion —. Eiweiß normal, Pandy ±, Nonne ±, vereinzelte Erythrozyten und Lymphozyten; Goldsol- und Mastix-Reaktion ohne besondere Veränderung.

In den folgenden Monaten ist kaum eine Änderung in dem Befinden des Pat. eingetreten. Durch Reiben an den Augen hat er sich eine therapeutisch schwer beeinflußbare Bindehautentzündung zugezogen. Auf der Abteilung ist er oft laut, schimpft, wehrt die Hure ab, zieht sein Hemd aus, sucht unter den Kleidern; für die Nacht benötigt er meist Beruhigungsmittel, da er sonst zu störend auf die andern Patienten wirkt. Seit Anfang Februar 1935 kann er nicht mehr in der Weberei, sondern nur noch auf der Abteilung beschäftigt werden.

Die Untersuchung Ende April 1935 zeigt das gleiche Bild. Die Orientierung über Ort, Zeit und Umgebung ist im allgemeinen in Ordnung. Er meint, er sei vom Staatskommissär in Eisenberg zur Beobachtung in die Anstalt gekommen; er lacht

dazu in übernatürlicher Weise. Er will jetzt nach Stuttgart zu seinen Eltern fahren und dort in die Reichswehr eintreten; ist von dem Unsinnigen seiner Meinung nicht zu überzeugen; er glaubt eine Tochter von ihm sei auch hier untergebracht, er höre sie doch öfter nach ihm rufen. Bezüglich seiner Belästigungen gefragt, hält er jetzt ziemlich zurück, verrät sich aber durch sein verlegenes Lachen; er dissimuliert entschieden; sagt unvermittelt, die Frau Berg habe auch kürzlich einer Patientin mit einer roten Weste den Geldbeutel mit 20.— M. gestohlen, er habe es selbst gesehen. Er ist völlig uneinsichtig, hält sich nicht für krank. Die Intelligenzprüfung ergibt das gleiche Resultat wie früher. H. faßt schlecht auf, wird stets von seinen Halluzinationen und Wahnideen beeinflußt. Körperlicher Befund: $59^1/_2$ kg (ohne Hemd); Herz wie früher, Lungen o. B.; Blutdruck 110/60 mm Hg. (Tonometer); Erhöhung der Knie-, Achillessehnen- und Bauchdeckenreflexe; intakte Sensibilität der Haut; Pupillen: beiderseits etwas verzogen, rechts größer als links; Reaktion auf Nahesehen gut, auf Licht etwas träge. Starke Sprachstörung, wie früher. Urin: klar, frei von Eiweiß und Zucker.

In der Folgezeit bietet der Pat. immer das gleiche Verhalten; er steht ständig unter dem Einfluß seiner Sinnestäuschungen und Wahnideen, ist oft störend durch sein lautes Schreien, sucht sich mit den Armen seiner Verfolger zu erwehren. Gewöhnlich zeigt er ein kindliches Benehmen, weint zuweilen, erzählt auf Befragen immer wieder die gleichen Geschichten, läßt sich das Unsinnige seiner krankhaften Ideen nicht ausreden; er ist von der Realität seiner Sinnestäuschungen vollkommen überzeugt. In letzter Zeit sucht die Frau B. auch andere Menschen mit Geolin zu vergiften, das aus einer Bierflasche in die Nase hineingeträufelt wird und bis in die Därme hinuntergleitet.

Eine erneute körperliche Untersuchung Ende Oktober 1935 ergibt den gleichen Befund wie im April 1935.

Bluntersuchung: Wassermann'sche Reaktion fraglich; Sachs-Georgi'sche Reaktion fraglich; Meinicke: fraglich. Liquor: Wassermann'sche Reaktion negativ; Sachs-Georgi'sche Reaktion negativ; Meinicke Reaktion negativ. Eiweiß normal; Pandy +, Nonne +; cythologisch: ohne Besonderheiten; Colloid-Reaktion: ohne spezifische Veränderung.

Der Patient wird wohl auf unbestimmte Zeit noch in der Anstalt verbleiben müssen.

Trotzdem das geschilderte Krankheitsbild verschiedene Absonderlichkeiten bietet und sich gegenüber einer Schizophrenie differentialdiagnostisch schwer abgrenzen läßt, möchte ich den Fall doch für eine Lues-Halluzinose ansehen; für die Annahme einer reinen Schizophrenie fehlt es doch an vielen charakteristischen

Symptomen, besonders an Willenstörungen und einer auffallenden Veränderung der Persönlichkeit; allerdings ist auch hier wohl eine schizophrene Veranlagung mit im Spiel. Der Blut- und Liquorbefund am Anfang und am Schluß der Behandlung darf hier nicht irre machen, zumal ja der Pat. schon jahrelang vorbehandelt wurde und dadurch die Reaktionen eine weitgehende Änderung erfuhren.

Literatur.

1. *Bernstein* und *Schreus:* Weitere Ergebnisse der Salvarsansättigungsbehandlung. Münch. Med. 32.
2. *Bleuler:* Lehrbuch der Psychiatrie 1930.
3. *Boström:* Handbuch d. Geisteskrh.: die Luespsychosen.
4. *Bumke:* Lehrb. d. Geisteskrh. 1924: syph. Geistesstörung.
5. *Dattner:* Moderne Therapie d. Neurosyphilis 1933.
6. *Jahnel:* Neuere Untersuchungen über die Pathologie u. Therapie d. syphil. Erkrankungen des Gehirns u. Rückenmarks. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 1933 H. 8 u. 1934 H. 8.
7. *Kraepelin:* Lehrbuch d. Psychiatrie 1910 II. Bd.: die syphil. Geistesstörungen.
8. *Kraepelin:* Klin. Psychiatrie: 1. Teil 1927: die syphil. Geistesstörungen.
9. *Nißl* u. *Mayendorf:* über eine neurobiolog. Deutung der Halluzinationen; A. Z. f. Psych. u. psych. gerichtliche Medizin 99 Bd. 1933.
10. *Pohlisch:* Alkohol: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie u. ihrer Grenzgebiete. 1932 H. 11 u. 1934 H. 10.
11. *Rieti:* Beitrag zur Kenntnis der syphil. Halluzinationen. Zentrbl. f. d.ges. Neurologie u. Psychiatrie. 55 Bd. S. 196, 1930.
12. *Wimmer:* Über die Diagnose d. paranoiden Formen syphil. Psychosen; Zentr. Bl. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 53. Bd. 1929.

Über die Häufigkeit des Vorkommens der sogenannten „physiologischen Dummheit" in Familien von schwachsinnigen und normalen Schülern. Ist es möglich, derartige Fälle nach ihrer Zugehörigkeit zur einen oder anderen Gruppe erbbiologisch zu werten?

Von

A. Juda, München.

Wenn wir uns auf eine Erörterung der obigen Frage einlassen wollen, so müssen wir vor allem nach einer Definition der »physiologischen Dummheit« trachten; zunächst bezüglich der Bezeichnung selbst, d. h. der Bedeutung des Wortes: hier könnte mit Recht der Einwand gemacht werden, daß es eine »physiologische Dummheit«, eigentlich nicht gibt und daß, da es sich doch um die Bezeichnung eines gewissen niedrigen Grades der Geisteskräfte handeln soll, eigentlich von »psychologischer Dummheit« gesprochen werden müßte. Nichtsdestoweniger ist leicht zu verstehen, was mit dem oft gebrauchten Ausdruck gemeint ist. Die Physiologie ist die Naturlehre des Körpers, die Lehre von den Verrichtungen und Erscheinungen im gesunden Organismus, und unter »physiologischer Dummheit« wäre demnach, in etwas nachlässigem Sprachgebrauch, jener Grad von Minderbegabung zu verstehen, der noch mit den normalen, ungestörten Lebensfunktionen vereinbar ist. Weniger einfach ist schon die Definition des Begriffes, d. h. die Abgrenzung der physiologischen Dummheit gegen andere zum Teil ähnliche Zustände, die nach oben und nach unten angrenzenden Geistesverfassungen der Normalbegabung und des Schwachsinns. Hier liegen besondere Schwierigkeiten darin, daß beim Schwachsinn sowohl als bei der Dummheit außer der intellektuellen auch alle anderen Seiten der menschlichen Psyche mitbetroffen oder sonst sehr verschieden sein können, so daß das Maß der eigentlichen Intelligenz verschleiert und die Beurteilung oft wesentlich erschwert wird.

So wird ein wenig intelligenter Mensch bei sonstiger Gewandtheit und vielleicht einiger schauspielerischer Fähigkeit leichter einen

höheren Grad von geistiger Begabung vortäuschen können als ein ungeschickter, schüchterner oder sonst gehemmter von gleichem Intelligenzgrad.

Es fragt sich, ob man trotz dieser komplizierten Beziehungen oder vielleicht gerade durch die Beachtung derselben zu einer richtigen biologischen Wertung und Zusammenfassung der verschiedenen Typen von Schwachbegabten wird gelangen können.

Tatsächlich hat man ja z. B. für die Begutachtung derartiger Grenzfälle von Schwachbegabung beim Erbgesundheitsgericht durch die Zuhilfenahme einer solchen Begabungs- und Charakterbilanz getrachtet, die Grenze zwischen den noch tragbaren Typen von Schwachbegabten und denen, deren Fortpflanzung und Vermehrung vermieden werden soll, zu finden. Das Entscheidende ist jedoch der Grad der Erbgefährlichkeit, den wir bei diesen Grenzfällen noch nicht kennen und daher kann die oben angeführte Einteilung, bei der es sich doch sozusagen um mehr äußerliche Gesichtspunkte handelt, die praktische Verwertbarkeit, die soziale und ethische Auswirkung des betreffenden Individuums usw. wissenschaftlich nur befriedigen, wenn sie eine Stütze findet durch die Erforschung des Erbgutes, zu dessen Weitergabe der Betreffende berechtigt sein soll oder nicht.

Denn wie bei den Erbgeisteskranken nicht der Grad der Ausprägung ihres Leidens und nicht die soziale und wirtschaftliche Belastung der Allgemeinheit durch sie entscheidend ist für die Notwendigkeit der Unfruchtbarmachung, sondern einzig die Sicherheit der Diagnose und damit die Aussicht auf erbgefährdete Nachkommenschaft, so müssen wir auch bei den Schwachbegabten und sogenannten »physiologisch Dummen« uns bemühen, Klarheit zu schaffen in bezug auf die tatsächliche Gefährdung ihrer Kinder mit ähnlichen oder schwereren Graden von Minderbegabung und Charakteranomalien. Das ist der Hauptgrund, weswegen wir ihnen keine Kinder wünschen und erst in zweiter Linie der Umstand, daß sie dieselben nicht entsprechend erziehen und verpflegen können.

Wie es mit den erbbiologischen Aussichten der Nachkommen von *ausgesprochen Schwachsinnigen* steht, haben Untersuchungen der neueren Zeit gezeigt. Wir fanden unter den Kindern von freilebenden Imbezillen 29—31%, unter den Kindern von Debilen 16—17% Schwachsinnige aller Grade, daneben auch sonst psychisch Auffällige verschiedenster Art. Auch über den *Erbgang* bei diesen Schwachsinnsfällen wissen wir heute bereits so viel, daß ein wenigstens z. T. rezessiv-geschlechtsgebundener Erbmodus anzunehmen ist. Es ist jedoch möglich, ja wahrscheinlich, daß unsere bisher geübte Unterteilung der Schwachsinnsformen lediglich nach Schwere der intellektuellen Minderwertigkeit — mit Ausnahme der wenigen mit körperlichen Symptomen einhergehenden Formen — eine ganz

unzulängliche ist. Die Färbung der sonstigen Persönlichkeit, deren Charakter, Temperament, Gemütstiefe und Ansprechbarkeit usw. wurde zwar, wie gesagt, vielfach beachtet, dies hat aber nicht zu einer einheitlichen Gruppierung oder auch nur für die Wahrscheinlichmachung ätiologischer Zusammengehörigkeit verwertet werden können. Auch ob man sich den Schwachsinn oder, besser gesagt, die verschiedenen Schwachsinnsarten als vererbbare Defekte oder nur als dürftige Ausprägung, z. T. wohl auch als vollständiges Fehlen einer zu geistiger Vollwertigkeit notwendigen Erbanlage denken soll, wissen wir noch nicht. Und dieser Unkenntnis und dem Bestreben, die äußerlich zwischen dem ausgesprochenen Schwachsinn und der noch normalen Begabung liegenden Grenzfälle dennoch in einer Gruppe zusammenzuschließen, verdankt der Verlegenheitsausdruck der »physiologischen Dummheit« seine Entstehung. Bei den endogen bedingten Schwachsinnsfällen stärkerer Ausprägung spricht das gehäufte Vorkommen von Schwachsinn in den betreffenden Familien eindeutig für erbliche Entstehung. Ob bei der einfachen Dummheit und Schwachbegabung, diesen leichtesten, klinisch eben noch nachweisbaren Fällen von geistiger Minderwertigkeit, andere Verhältnisse vorliegen, ob diese ätiologisch etwas grundsätzlich Verschiedenes darstellen oder nur einen geringeren Grad von Schwachsinn mit denselben Gefahren für die Nachkommenschaft, könnte demnach auch nur aus der intellektuellen und charakterlichen Beschaffenheit der Eltern und Kinder dieser unklaren Typen erschlossen werden.

Auch ob der Umstand, daß sich ein Fall von schwacher Begabung unter mehreren in einer Familie findet, oder als einzelner aus dem Niveau der Familie herausspringt, besondere Bedeutung hat — wenn nicht körperliche Symptome auf eine exogene Schädigung hinweisen — ist uns nicht bekannt. Es gibt sowohl Einzelfälle von Schwachsinn in allgemein gut begabten Familien, als auch gehäufte Schwachsinnsfälle in überhaupt wenig begabten Familien, für die wir gleicherweise keine äußere Ursache aufzudecken vermögen, ohne daß wir wüßten, ob diese darum erbbiologisch dasselbe sind oder nicht. Wir müssen daher auch darauf achten und einerseits die Nachkommenschaft von solchen Einzelfällen von Dummen und andererseits von anderen aus Schwachsinnsfamilien stammenden getrennt untersuchen. Aber selbst wenn wir eine gleiche Anzahl von geistig Minderwertigen unter den Kindern beider Gruppen finden würden, so wären doch noch andere, qualitative Unterschiede möglich hinsichtlich Art, Grad und Ätiologie der geistigen Minderwertigkeit, Vergesellschaftung mit bestimmten Charaktereigentümlichkeiten und anderes mehr. Außerdem sind aber auch äußere Momente zu berücksichtigen wie Erziehung, Beschaffenheit der Umgebung, geistige Ansprüche der beschreibenden Personen usw. Wie

sehr verschieden Urteil und Bewertung gerade in bezug auf solche unklare Fälle im allgemeinen sind, zeigen die Angaben der Referenten in Schwachsinnigen-Familien und, — um ein krasses Beispiel zu wählen —, in den Familien von Hochbegabten. Während bei den ersteren ein Mensch, der seine einfache Arbeit so verrichtet, daß der Familie daraus keine Schwierigkeiten erwachsen, nicht nur als nicht schwachsinnig, sondern sogar als ein sehr wertvolles und tüchtiges Familienmitglied gilt, werden in den Familien von Hochbegabten solche Persönlichkeiten bereits als minderwertig betrachtet, die z. B. in der Reihe ihrer überdurchschnittlich begabten Geschwister oder als Kinder eines großen Mannes dadurch auffallen, daß sie nicht ähnliche Leistungen hervorbringen wie diese (s. Goethes Söhne, Mozarts Kinder u. a., die sicherlich alle zum mindesten normal begabt waren und doch meistens als auffallend wenig begabt betrachtet werden).

Wir haben gesagt, daß wir uns um die Abgrenzung der »physiologisch Dummen« gegen die z. T. ähnlichen nach oben und unten angrenzenden Typen von Normalen und von ausgesprochen Schwachsinnigen bemühen wollen. In Bezug auf Ähnlichkeit, ja gewiß da und dort auch Gleichheit mit der Normalbegabung dürften am ehesten die praktischen Seiten des menschlichen Lebens in Betracht kommen, manuelle Geschicklichkeit, eine gewisse instinktive Sicherheit einfachen und oft erlebten Ereignissen gegenüber, aber auch die Betätigung derjenigen psychischen Qualitäten, die mehr an das Gemütsleben, die Gedächtnistreue, die Sentimentalität und Anhänglichkeit usw. appellieren, als an reine Verstandestätigkeit. Die Unterschiede werden sich am häufigsten und ausgesprochensten auf den Gebieten der höheren Einsicht, der Urteilskraft, der Gesinnungsfestigkeit und des abstrakten Denkens finden.

Unsere Kriterien für die hier in Rede stehenden »physiologisch Dummen« oder Schwachbegabten, wie wir sie lieber nennen wollen, waren vor allem, wie immer bei Begabungsuntersuchungen, die Schul- und Lehrerfolge, die erreichte soziale und wirtschaftliche Stellung und, wo es irgend anging, der persönliche Eindruck, den der Betreffende in einer längeren Unterhaltung über ihm naheliegende Dinge machte. Meistens handelte es sich um Individuen, die, in einer anspruchslosen Umgebung unauffällig, lebenslang auf einer niedrigen Entwicklungsstufe stehen blieben oder die sich doch abnorm langsam entwickelten und eben gerade »nur so mitkamen«, solange keine besonderen Anforderungen an sie herantraten. Dem Psychiater aber fallen diese Menschen vor allem durch ihren beschränkten Interessenkreis, ihre Unselbständigkeit im Denken, ihre Kritikschwäche, durch Assoziationsschwierigkeiten, Gemütsstumpfheit, kurz eine gewisse Dürftigkeit auf sämtlichen oder

einzelnen Gebieten des Geistes- und Gemütslebens auf. Zum Teil haben sie bedeutende Lernschwierigkeiten in der Schule, doch ist dies nicht unbedingt die Regel. In unserem Material von 67 Schwachbegabten aus Schwachsinnsfamilien traf dies nachweislich in 53 Fällen zu. Die übrigen kamen recht und schlecht mit, meist im letzten Drittel ihrer Mitschüler. Häufig treffen wir bei den Schwachbegabten auf übergroße Erregbarkeit, Haltlosigkeit in der Lebensführung, ethische Minderwertigkeit oder sonstige psychopathische Züge. Wo dies der Fall ist, bestimmt meistens die Psychopathie in höherem Grade das Bild als die intellektuelle Minderwertigkeit. Wo keinerlei psychopathische Anlagen mit intellektueller Minderwertigkeit zusammentreffen, können wir unter den Schwachbegabten ganz brauchbare und für die Allgemeinheit nicht nur nicht störende, sondern sogar nützliche Menschen finden. Es sind dies zumeist besonders gefügige und leicht zu behandelnde Volksgenossen. Aber den Verdacht auf Erbgefährlichkeit und Zugehörigkeit zum Pathologischen erwecken dennoch auch diese dadurch, daß sie einerseits oft in den Familien von ausgesprochen Schwachsinnigen angetroffen werden, andererseits selbst eine erhöhte Zahl von geistig Minderwertigen unter ihren Nachkommen haben.

Daß die Frage nach der Entstehung und erbbiologischen Zugehörigkeit der Minderbegabten zum ausgesprochenen Schwachsinn oder zur noch normalen, einfachsten Geistesbeschaffenheit einer statistischen Bearbeitung im eigentlichen Sinn schwer zugänglich ist, ist selbstverständlich, denn

1. dürfte die Beschaffung eines großen repräsentativen Ausgangsmateriales von solch einfach Dummen, die nicht nur durch schlechte Schulzeugnisse und den Lehrgang, sondern auch — was wir ja als unbedingte Forderung aufstellen möchten — durch ihre Gesamthaltung im Lebensgang als wenig begabt gekennzeichnet sind, nicht leicht zu beschaffen sein;

2. würde die erbbiologische Bearbeitung eines derartig großen Materials von »physiologisch Dummen«, d. h. die Familiendurchforschung und Beurteilung der einzelnen Individuen in ihrem Umkreis, die dann wohl vielfach allein nach Berichten von Verwandten erfolgen müßte, gerade in bezug auf ein so vages und der subjektiven Beurteilung ausgeliefertes Merkmal wie das der Dummheit außerordentlich schwierig sein. Denn wenn es schon für den Lehrer und den Arzt, trotz längerer Beobachtung, im allgemeinen guter Urteilsfähigkeit und genau ausgedachten Prüfungsmethoden oft sehr schwierig ist, Maß und Art der Intelligenzunterschiede zwischen normalen und nichtnormalen Schülern zu fassen, wieviel schwerer müßte eine derartige Leistung den oft auch geistig nicht hochwertigen Verwandten und Referenten fallen, die zudem durch

ihre Beziehungen zu dem Betreffenden in ihrem Urteil beeinflußt sein würden. Jedenfalls müßten wir uns sehr hüten, allein danach ein Urteil zu fällen.

Wir haben uns deshalb lieber damit begnügt, ein kleines, uns sehr gut bekanntes Material für die Frage heranzuziehen, indem wir die Familien von zwei Gruppen: von 95 Normalschülern und 113 schwachsinnigen Repetenten derselben Gegend und derselben Zeitepoche, die wir für einen anderen Zweck gesammelt und bearbeitet hatten, auch in bezug auf die darin vorkommenden »physiologisch Dummen« durchforschten, um etwaige Unterschiede in den beiden Gruppen aufzuzeigen,

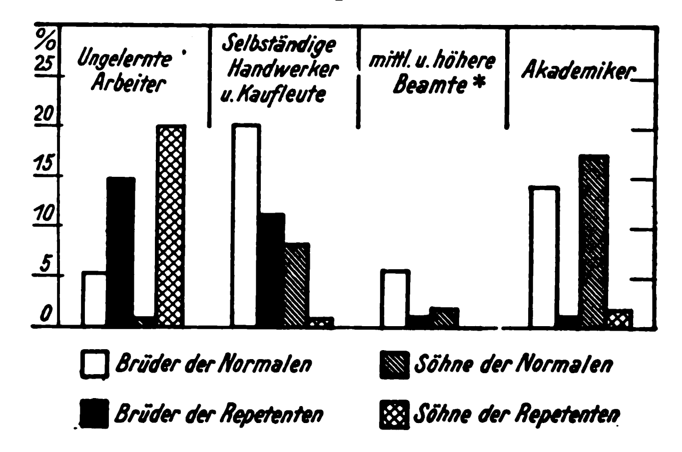
a) in bezug auf Zahl, Grad und Art dieser Intelligenzmängel,

b) in bezug auf das Zusammentreffen von schwacher Begabung mit Charakterauffälligkeiten.

Durch das Herausarbeiten der Häufigkeitsbeziehungen zwischen bestimmten Charakteranlagen und intellektueller Minderwertigkeit auch bei Vorfahren und Nachkommen unserer »physiologisch Dummen« dachten wir möglicherweise über die verschiedene Vererbbarkeit und Durchschlagskraft der einzelnen Erbkomponenten oder über eventuelle Erbkombinationen etwas in Erfahrung zu bringen. Das wiederholte Vorkommen von bloßer Schwachbegabung in der Verwandtschaft dieser uns als leicht minderwertig imponierenden Personen würde auf die Möglichkeit einer gleichartigen Vererbung hinweisen und so die »physiologische Dummheit« vom ausgesprochenen Schwachsinn erbbiologisch trennen. Sollte es aber umgekehrt der Fall sein, daß sich z. B. unter den Nachkommen dieser nur als dumm auffallenden Individuen ebenso viele Schwachsinnige verschiedener Grade finden, wie unter den Nachkommen der ausgesprochen Schwachsinnigen, so würde wohl mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen sein, daß Dummheit genetisch und erbbiologisch nichts anderes ist als ein Schwachsinn leichtesten Grades.

Die Unterschiede bezüglich Intelligenz und Lebenstüchtigkeit in den beiden Ausgangsgruppen drücken sich nun auch schon in der Berufsverteilung und sozialen Stellung bei den Geschwisterschaften und Kinderschaften der Probanden aus. Wir fanden, um hier nur die für den Intelligenzgrad bezeichnendsten Berufe herauszugreifen, unter den Brüdern und Söhnen der Normalschüler und Repetenten folgende Verhältnisse:

Berufe bei Brüdern und Söhnen der Normalschüler und Repetenten:



* Die auffallend kleine Zahl der mittl. und höh. Beamten bei den Söhnen dürfte wohl ihren Grund in dem z. T. jugendlichen Alter derselben haben.

Wie man sieht, eine ganz entgegengesetzt verlaufende Besetzung gerade dieser Berufsgruppen in den Familien der Repetenten und Normalschüler.

Der Rest setzt sich in den vier Gruppen folgendermaßen zusammen:

	Gel. Arb.	kfm. Angest.	unt. Beamte	Ökonom.	sonst. u. unbek. Berufe
Bei den Brüdern der Normalschüler	32,59%	10,94%	3,13%	1,46%	5,46%
Bei den Brüdern der Repetenten	46,20%	10,87%	4,90%	1,09%	9,24%
Bei den Söhnen der Normalschüler	26,41%	19,81%	1,88%	2,83%	5,55%
Bei den Söhnen der Repetenten	52,38%	8,57%	2,85%	—	3,80%

Daß die Summe in sämtlichen Berufen zusammen bei den Söhnen der Normalschüler und Repetenten nur 85,73% und 90,45% ausmacht, liegt daran, daß in beiden Gruppen sich auch eine Anzahl Volks- und Mittelschüler befinden, die in der Berufsaufstellung nicht mitgezählt sind.

Entsprechend verhielten sich auch die Berufe bei den Eltern,

über die wir an anderer Stelle ausführlich berichtet haben[1]). Eine Auszählung unter den Vettern der Probanden ließ in bezug auf ungelernte, gelernte selbständige und unselbständige Handwerker usw. infolge der weit zurückliegenden Zeit und der oft unzureichenden Beschreibungen kein genaues Bild gewinnen, doch konnten wir bei den Normalen-Vettern auch 11,45% akademische Berufe gegenüber 2% bei den Vettern der Repetenten feststellen.

Nun sind natürlich Berufsauszählungen als Maßstab für die intellektuelle Begabung in einer Bevölkerungsgruppe mit großer Vorsicht anzuwenden und muß man die äußeren Umstände, wie Zeitepoche, Kriegsfolgen, Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche und politische Verhältnisse u. a. dabei sehr in Betracht ziehen. Da jedoch unsere beiden Materialgruppen aus derselben Zeit und denselben Gegenden stammen, und also den Außeneinflüssen ziemlich gleichmäßig ausgesetzt sein werden, so lassen sich die großen Unterschiede in der Berufsschichtung, der deutliche Zug zur Höherentwicklung in den Normalen-Familien im Gegensatz zu den Verhältnissen in den Familien der Schwachsinnigen sicher doch zum größten Teil mit den Begabungsunterschieden erklären. Dabei sollen wichtige Faktoren, wie Erziehung, Unterricht und Herkommen in den betreffenden Familien nicht vergessen werden. Es kommt sicher vor, daß ein Individuum hauptsächlich auf Grund der Verdienste seiner Vorfahren, der Zugehörigkeit zu einer hochstehenden Familie oder durch sonstige günstige Umstände ohne ausreichende Begabung zu einer Stellung gelangt, für die man sonst besonders gute Anlagen vorauszusetzen pflegt. Daß dies aber gehäuft und fortgesetzt durch mehrere Generationen geschehen sollte, ist doch recht unwahrscheinlich und viele Berufe können eben auch bei allerbester Protektion ohne ein bestimmtes Maß von Intelligenz und Tüchtigkeit nicht ausgeübt werden. Deshalb kann das allgemeine Berufsniveau einer Bevölkerungsgruppe zur Beurteilung für Begabung und Tüchtigkeit wenigstens mitherangezogen werden. Bezeichnend für das allgemeine intellektuelle und sozial gehobene Niveau in unseren 95 Normalschüler-Familien und somit auch für die Bedeutung der guten Schulerfolge in der ersten Kindheit (die häufig angefochten wird) scheint uns der Umstand, daß wir in 15 Fällen höhere Beamte, Akademiker und sonstige Geistesarbeiter in ununterbrochener Reihe durch mehrere Generationen — z. B. bei Probanden, Geschwistern, Eltern, Großeltern und Kindern — fanden, außerdem aber noch in 14 Fällen besondere Talente innerhalb oder außerhalb der Berufstätigkeit bei Eltern und Kindern oder sonst mehreren nahen Verwandten; und zwar handelte es sich vor allem um mathe-

[1]) *A. Juda:* Über Anzahl und psychische Beschaffenheit der Nachkommen von schwachsinnigen und normalen Schülern. Z. Neur. 151, 1934.

matische, kunstgewerbliche Mal- und Musikbegabung z. T. von bedeutendem Ruf und Wirkungskreis. Bei den Schwachsinnigen-Familien hingegen wurden besondere Begabungen nur in 3 Fällen beobachtet, und zwar allgemein gute Verstandesbegabung einmal bei Vater und Tochter (Wirt und Beschließerin), einmal bei zwei Brüdern (Bankprokurist und Kaufmann), einmal bei Vater und Tochter (Kaufmann, Schachspieler und Haustochter). Im übrigen handelte es sich bei den bekanntgewordenen Begabungen um Einzelfälle. Bei allen diesen besteht jedoch die Möglichkeit, daß sie nur in den betreffenden Familien auffallen konnten, in einem allgemein besseren und anspruchsvolleren Milieu jedoch nicht hervorgehoben werden würden.

Das familiäre wiederholte Auftreten von sehr guter oder überdurchschnittlicher Begabung in den Familien unserer Normalschüler bestätigt nur die an Einzelfamilien von hochbegabten Persönlichkeiten gemachte Beobachtung, daß auffallend talentierte Menschen viel häufiger auf einem Boden von allgemein höherer Familienbegabung erwachsen, denn als einzige hochragende Gipfelpunkte in mäßigen oder geistig tiefstehenden Familien. Besondere Teilbegabungen hingegen bei im übrigen schwachbegabten Personen kamen, wie anderwärts, so auch in unserem Material vor. Beziehungen zwischen bestimmten Formen des Schwachsinns und besonderen Talenten (so wie es z. B. für die Mongoloiden und die Musikbegabung öfter behauptet wird) haben wir nicht finden können.

Was nun die Anzahl der als schwachbegabt betrachteten Personen betrifft — mit den ausgesprochen Schwachsinnigen wollten wir uns ja hier absichtlich nicht beschäftigen, ebensowenig wie mit den Psychosen —, so finden wir in den beiden Ausgangsgruppen folgende Verhältnisse: bei den 95 Normalschülern, die selbst keinerlei Verdacht auf pathologische intellektuelle Beschaffenheit bieten, unter 181 Kindern, die das 5. Lebensjahr überschritten haben (neben 3 ausgesprochen Schwachsinnigen) nur

9 als schwachbegabt zu bezeichnende	= knapp 5%
gegenüber 17 auffallend begabten Individuen	= knapp 10%

unter 244 erwachsenen Geschwistern dieser Normalen (neben 7 ausgesprochen Schwachsinnigen)

10 schwachbegabte	= 4,1%
gegenüber 22 in irgendeiner Richtung besonders Begabten	= 9,0%

Bei den 113 Schwachsinnigen-Probanden waren unter 215 über 5 Jahre alten Kindern (neben 31 ausgesprochen Schwachsinnigen)

44 Schwachbegabte	= 20,93%
gegenüber 3 in irgend einer Beziehung als besonders begabt Bezeichneten	= 1,39%

und unter 361 erwachsenen Geschwistern (neben 37 ausgesprochenen Schwachsinnigen)

67 Schwachbegabte	= 18,55%
und nur 3 besonders Begabte	= 0,83%

Wir lassen am Schluß unserer Mitteilungen kurze Personalbeschreibungen der als schwachbegabt gezählten Kinder und Geschwister der beiden Probanden-Gruppen folgen. Die Kinder der Schwachsinnigen und die unfruchtbaren Geschwister, die im Rahmen dieser Arbeit nur klinisches Interesse zu beanspruchen haben, brachten wir nur, um zu zeigen, welche Typen von Schwachbegabung wir in den beiden Gruppen erfaßt haben. Bei den fruchtbaren Geschwistern, denen unsere erbbiologische Untersuchung vor allem gilt, haben wir jeweils die dazugehörigen Kinder angeführt, und wo etwas Pathologisches bei den Eltern vorlag, auch deren Diagnose, um einen Vergleich hinsichtlich Art und Grad etwaiger psychischer Auffälligkeiten zu ermöglichen.

Aus manchen von den Personalbeschreibungen wird vielleicht nicht sehr eindrucksvoll das Auffallende an der Begabungsschwäche und noch viel weniger die Abgrenzungsmöglichkeit gegenüber dem noch Normalen oder dem Pathologischen hervorgehen. Es muß daher betont werden, daß selbstverständlich außer diesen kurzgefaßten Daten immer noch andere Anhaltspunkte für die Diagnose in dem betreffenden Lebenslauf vorhanden waren.

Die Betragens- und Fleißnoten haben wir nur mit angeführt, weil die Leistungsnoten, namentlich in damaliger Zeit, bis zu einem gewissen Grade von diesen beeinflußt zu sein schienen in der Weise, daß brave und gutmütige Schüler weniger leicht eine schlechte Benotung erhielten, als solche, die auch durch ihr Betragen Anstoß erregten.

Auffallend ist, daß unter den 44 schwachbegabten Kindern der Schwachsinnigen-Probanden mindestens 9 ethisch minderwertig, 1 sicher und 1 anderes wahrscheinlich kriminell waren, während von den 9 schwachbegabten Kindern der Normalen nur 2 als charakterlich schlecht veranlagt, jedoch nicht ausgesprochen asozial, gelten müssen. Ähnlich ist es bei den 67 schwachbegabten Geschwistern der Schwachsinnigen-Probanden, von denen 17 als charakterlich minderwertig anzusehen sind, 6 sogar kriminell geworden sind, während unter den 9 schwachbegabten Geschwistern der Normalen schwere Charakterdefekte und ethisch Entgleiste eigentlich fehlen. Hier haben wir es zumeist mit gutmütigen, harmlos-dummen Individuen zu tun. Bei den als depressiv Beschriebenen (2 Suizide) besteht die Möglichkeit, daß es sich nicht eigentlich um schwache Begabung, sondern um andersartige Hemmungen und Lernschwierigkeiten gehandelt haben möchte.

Die Diagnose Schwachsinn ist hier immer mit Vorbehalt gestellt. In genealogischer Beziehung fällt auf, daß jedes der schwachbegabten Kinder und Geschwister in der Normalen-Gruppe einen Einzelfall in seiner Geschwisterreihe darstellt. Bei den Kindern bzw. den Geschwistern der Schwachsinnigen jedoch stammen in je 10 und 14 Fällen 2 oder mehrere Schwachbegabte vom selben Elternpaar ab, die letzteren natürlich immer zusammen mit einem ausgesprochen schwachsinnigen Probanden und oft auch noch mehreren schwachsinnigen Geschwistern, auf die wir ja hier absichtlich nicht näher eingegangen sind.

Die Beschaffenheit eines oder beider Eltern ist in beiden Gruppen auffallend oft eine ungünstige. Bei den Normalen vor allem im Sinne von Psychosen und Psychopathien, in der Gruppe der Schwachsinnigen auch in einer größeren Anzahl von Fällen in bezug auf schwache Begabung.

Betrachten wir nun die Nachkommen der 67 schwachbegabten Repetenten-Geschwister, von denen nur 43, also knapp $^2/_3$ fruchtbar waren, so sind unter den 112 Kindern derselben 27 = 24% kleingestorben (Fruchtbarkeit also 2,6 brutto, 2,0 netto pro Kopf). Von den 85 Überlebenden sind 11 ausgesprochen schwachbegabt und 4 debil, zusammen also etwa 18% intellektuell nicht vollwertig. Außerdem hatten noch 4 in der Schule repetiert oder sonst Lernschwierigkeiten gehabt, bei denen aber unsicher ist, ob dies nicht charakterlich bedingt war. 9 sind zu wenig bekannt, um eine Diagnose stellen zu lassen. Unter diesen könnten also auch noch Schwachbegabte gewesen sein. Bemerkenswert ist indessen, daß kein Fall von schwerem Schwachsinn unter diesen Nachkommen von nur schwachbegabten Menschen vorkam.

Charakterlich, d. h. ethisch schlecht veranlagt in einem Maße, daß es durch asoziale Handlungen in der Jugend oder im späteren Leben zum Ausdruck kam, waren von diesen 85 Kindern, 8 also fast 10%, darunter waren 6, bei denen entweder Eltern oder Großeltern oder beide ähnliche Charakterdefekte und Straftaten aufwiesen.

Positive Anlagen, d. h. besondere Talente, waren uns nur in 2 Fällen berichtet worden, und zwar je 1 Fall von Mal- und Zeichenbegabung.

Die 9 als schwachbegabt gezählten Normalen-Geschwister, von denen nur 5 fruchtbar waren, hatten zusammen 13 Kinder, darunter 2 kleingestorbene (2,6 brutto und 2,2 netto pro Kopf)[1]).

---

[1]) Diese Zahlen beanspruchen natürlich bei der besonderen Kleinheit der Gruppe, auf die sie sich beziehen, keine allgemeine Bedeutung und sind nur der Vollständigkeit halber gebracht.



Von diesen 11 Kindern ist, soweit uns bekannt, kein einziges als schwachsinnig zu bezeichnen. Bei einem Mädchen hieß es in der Schule »recht mittelmäßig begabt«, bei einem anderen, das wohl auch nicht gerade besonders intelligent gewesen sein möchte, »in moralischer Beziehung infolge schlechter Erziehung und intellektueller Minderwertigkeit der Mutter schon früh auffällig geworden«. Die übrigen sind tüchtige, normale Menschen.

Es scheint demnach die Betrachtung der aufgeführten Schwachsinnigen- und Normalen- Familien zu lehren, daß dem Merkmal der Schwachbegabung — auch wenn wir keinen Anhaltspunkt für eine exogene Genese haben — eine verschiedene Bedeutung zukommt, je nachdem, ob es im Rahmen einer gesunden, gut begabten oder einer mit Schwachsinnsfällen durchsetzten Familie steht.

Während nämlich die als Einzelfälle auftretenden Schwachbegabten aus Normalen-Familien zum größten Teil charakterlich selbst unauffällig sind und unter ihren Nachkommen nur wenige und meistenteils leichte Fälle von Schwachbegabung, aber keine ausgesprochen Schwachsinnigen aufweisen, finden wir unter den Nachkommen der selbst häufig charakterlich defekten Schwachbegabten aus Schwachsinnsfamilien weit mehr schwachbegabte und moralisch minderwertige Individuen und sogar einige ausgesprochene, wenn auch leichte Schwachsinnsfälle. Dieser Befund legt den Gedanken nahe, daß wir unter den einzeln auftretenden Fällen von Schwachbegabung vielleicht mehr exogen bedingte Fälle erfassen, als wir nach der klinischen Beurteilung annehmen möchten und daß darum deren Nachkommen unauffällig sind. Außerdem könnte man aber auch — bei dem für uns noch nicht eindeutig geklärten Erbgang des Schwachsinns — an eine verschiedene Entstehung des Schwachsinns und der Schwachbegabung denken in dem Sinne, daß der ausgesprochene Schwachsinn bedingt sein würde durch das Zusammenwirken gehäufter Anlagen, die bloße Schwachbegabung jedoch durch einzelne Anlagen, die zum Zustandekommen eines ausgesprochenen Schwachsinns bei der Nachkommenschaft einer ergänzenden Anlage beim Partner bedürften. Daß aber gerade in Familien mit gehäuftem Schwachsinn besonders oft wiederum geistig Minderwertige einheiraten und daß somit in diesen Fällen die ungünstigen Erbanlagen für die Nachkommen von zwei Seiten zusammengetragen werden, haben wir in einer anderen Arbeit[1]) zeigen können.

Wie weit die große Zahl der charakterlich und ethisch Defekter

[1]) A. Juda: Über Fruchtbarkeit und Belastung bei den Seitenverwandten von schwachsinnigen und normalen Schülern und deren Nachkommen. Z. Neur. 154.

unter den Schwachbegabten aus Schwachsinnsfamilien auf Vererbung zurückzuführen ist und wie weit dafür Erziehungseffekte in Betracht kommen, ob wirklich in diesen Fällen mehr Erbanlagen zu dem betreffenden Charakteranomalien vorhanden sind oder ob die mangelnde Intelligenz und das schlechte Beispiel dieselben sich nur ungehemmter entwickeln läßt als in einem Kreise geistig vollwertiger, mit gesunden Hemmungen ausgestatteter Menschen ist schwer zu sagen. Manches spricht für die erste Annahme, doch werden wir wahrscheinlich beim Zustandekommen dieser Charakterdefekte mit einer Wechselwirkung von Anlage und Umwelt zu rechnen haben.

Leider gelang es uns auch nicht, bestimmte Eigenschaftskomplexe herauszuarbeiten, die die Abgrenzung der schwachbegabten Individuen gegen die Norm erleichtern würden. Denken, Fühlen und Wollen sind am Zustandekommen der Intelligenz beteiligt. Jede Störung dieses Zusammenspiels an irgend einer Stelle bringt ein Mißverhältnis oder einen Defekt hervor. Da die Zahl der Möglichkeiten dabei ungeheuer groß ist, so wird unser Bemühen um eine Abgrenzung vorläufig immer auf die Gesamtwertung der Persönlichkeit gerichtet bleiben müssen.

In jedem Falle aber scheint die Kombination mit charakterlichen Mängeln nicht nur die individuelle, sondern auch die erbbiologische Gefährlichkeit der Schwachbegabten zu erhöhen. Denn einerseits wird der intellektuell minderwertige Mensch mit seinen angeborenen oder erworbenen schlechten Charaktereigenschaften im allgemeinen doch wohl leichter Unheil anrichten als der intelligente und beherrschte, der dieselben bei sich und seinen Nachkommen mit mehr Erfolg zu bekämpfen lernt. Und andererseits finden wir unter den Nachkommen der Schwachbegabten mit Charakterdefekten, wie gezeigt, eben sehr viel mehr asoziale Individuen, als bei den charakterlich einwandfreien Schwachbegabten. Ob dabei echte korrelative Beziehungen in Betracht kommen oder nicht, ist praktisch von untergeordneter Bedeutung. Auffallend ist jedenfalls, daß nicht nur in unserem Material, sondern auch bei anderen Autoren innerhalb der gleichen Familien dieselben Charakterzüge bei schwachbegabten Eltern und Kindern, vor allem eine gewisse Haltlosigkeit der Lebensführung und Neigung zu Unehrlichkeit und Abenteurertum, wiederholt beobachtet wurden.

Zusammenfassend möchten wir sagen: Es ist sicher richtig, wenn wir bei der erbbiologischen Begutachtung von Schwachbegabten vor allem die Familien nach weiteren Fällen von Schwachbegabung und Schwachsinn jeden Grades durchforschen. Denn daß die aus Familien mit gehäuften Schwachsinnsfällen stammenden Schwachbegabten, in der Begriffsumschreibung, wie wir sie gefaßt haben, erbbiologisch

etwas anderes darstellen als die entsprechenden Einzelfälle aus den Normalen-Familien — auch wenn wir für diese keine äußeren Ursachen feststellen können —, geht einmal daraus hervor, daß die Schwachbegabten unter den Geschwistern und Kindern von Normalschülern nur mit 5% bzw. 4% vertreten sind und zudem Einzelfälle darstellen, während sie bei den Geschwistern und Kindern von Schwachsinnigen in 20,93% bzw. 18,55%, und zwar in einem Viertel der Fälle zu mehreren in einer Geschwisterschaft auftreten. Zum anderen sehen wir, daß während unter der allerdings sehr kleinen Gruppe der Nachkommen von Schwachbegabten aus Normalen-Familien ausgesprochen Schwachsinnige völlig fehlen und Fälle von Schwachbegabung auch nicht sicher nachzuweisen sind, unter den Kindern der Schwachbegabten aus Schwachsinnigen-Familien 18% geistig Minderwertige sich befinden, darunter sogar 4 die als Debile, also Schwachsinnige, anzusprechen sind. Damit scheint uns ein genetischer Zusammenhang, dessen Wesen uns allerdings noch nicht näher bekannt ist, zwischen Dummheit und Schwachsinn erwiesen zu sein. Es müssen also die aus Schwachsinnsfamilien stammenden Schwachbegabten als rassenhygienisch nicht unbedenklich betrachtet werden. Als Grundlage für weitgehende Schlußfolgerungen und einschneidende eugenische Maßnahmen im Sinne einer grundsätzlichen Unfruchtbarmachung dieser Schwachbegabten aus Schwachsinns-Familien dürften unsere Beobachtungen jedoch wohl noch nicht ausreichen, vor allem weil sie an einem sehr kleinen Material gewonnen sind (76 Schwachbegabte mit ihren Nachkommen, 67 aus Schwachsinns-Familien und 9 aus Normalen-Familien). Außerdem kommt hinzu, daß sich in unserem Material die intellektuellen Minderwertigkeiten bei den Nachkommen der Schwachbegabten im Rahmen der schwachen Begabung und der Debilität halten und daß die Schwierigkeit einer zuverlässigen Abgrenzung gerade dieser Geisteszustände gegeneinander zugegeben werden muß. Jedenfalls gelingt sie uns heute in vielen Fällen noch nicht mit absoluter Sicherheit. Hier wird, vielleicht mit Hilfe von feinen charakterologischen und Begabungsuntersuchungen, an größerem Material noch weiter gearbeitet werden müssen.

Bei der Eheberatung hingegen, bei der Zuteilung oder Verweigerung von Ehestandsdarlehen, bei der Erbhoffolge und dgl. werden auch diese Fälle von Schwachbegabten jedenfalls Berücksichtigung finden und im negativen Sinne gewertet werden müssen. Denn daß sie im allgemeinen geringe Aussichten haben, wertvolle Nachkommen zu erhalten, ganz abgesehen davon, daß sie in vielen Fällen auch als Erzieher besonders ungünstig wirken werden, geht schon aus unserem kleinen Material mit Deutlichkeit hervor.

Es ist schließlich auch richtig, wenn wir Schwach-

begabte mit Charakterdefekten ungünstiger einschätzen als sogenannte »harmlose Dumme«. Die ersteren haben jedenfalls mehrere schlechte Anlagen zu vergeben und gefährden daher ihre Nachkommenschaft in höherem Grade als die letzteren.

Die vorstehende Arbeit wurde im Rahmen der empirischen Erbprognoseuntersuchungen durch die Unterstützung der Notgemeinschaft, der wir an dieser Stelle unseren Dank aussprechen möchten, ermöglicht. Die Resultate sollen sobald als möglich an vergrößertem Material, d. h. an dem noch immer in Arbeit befindlichen Familien von schwachsinnigen und normalen Schülern auf ihre Allgemeingültigkeit hin nachgeprüft werden. Dann wird es hoffentlich auch möglich sein, sich mit größerer Bestimmtheit über die Erbprognose für die Nachkommen der Schwachbegabten im Sinne der Sterilisationsrechtsprechung zu äußern.

Persönlichkeitsbeschreibungen.

44 schwachbegabte Kinder der schwachsinnigen Repetenten.

B. Elisabeth: gestorben mit 24 Jahren an Tbc. Hilfsarbeiterin. Einmal repetiert, unselbständig, ohne Interessen, charakterlich o. B. Schwach begabt.

*) { M. Klara: lebend mit 42 Jahren. Verheiratet. Schwach begabt, brav, ruhig, strebsam als Kind, als Hausfrau nachlässig, Schlechte Erzieherin, schmutzig und ungeschickt.

M. Adolf: lebend mit 40 Jahren. Hilfsarbeiter. Verheiratet. Nach Schule: sittlich verkommen, ebensowenig Begabung als Fleiß, log und stahl. Später in der Lehre auch nicht gut getan. Kam zur Marine, dann zu Bauern. Einmal repetiert. Schwachbegabter Tunichtgut. }

B. Hermann: 29 Jahre alt, Kaufmann. Ledig. Schwacher Lerner. Hat das Ziel der gewöhnlichen kaufmännischen Fortbildungsschule nicht erreicht. Charakterlich nichts Auffallendes bekannt. Hauptnoten 3—4.

D. Ludwig: 31 Jahre alt. Spengler. Tat sich hart. Nach Schule: Sehr schwach begabt. Ohne Geist und Witz. Charakterlich frisch und fröhlich, brav und gehorsam.

D. Berta: 33 Jahre alt. Verheiratet. Vorher Hilfsarbeiter. Nach Schule: körperlich und geistig sehr schwach. Einmal repetiert. Über Charakter nichts besonderes bekannt.

Sch. Therese: 18 Jahre alt. Ledig. Lehrmädchen im Verkauf. Z. T. ein Luftikus, z. T. phlegmatisch und gedrückt. Unsympathisch, verschlossen. Struma. Lungentbc. Nach Schule: Leistungen weit unter dem Durchschnittsmaß. Denkfächer IV. Eigenartig, nervös. Haltlos. Außerordentlich schwankend in der Teilnahme. Spricht leise und undeutlich. Schwach begabte Psychop.

F. Wilhelm: 24 Jahre alt. Wagner. Seit der Lehre arbeitslos. Nach Schule: Begabung im ganzen recht mäßig. Hauptnoten 3—4. Im Rechnen unbrauchbar. Es fehlt jede logische Schlußfähigkeit. Betragen 1—3, Fleiß 2—4.

---

*) Die jeweils Zusammengeklammerten gehören einer Geschwisterschaft an.

R. Maria: 42 Jahre alt. Verheiratet. Kann wenig arbeiten. Angeblich immer kränklich. Tbc. Gelegenheitsarbeiterin. Fleißig und ordentlich, zufrieden und ruhig. Nach Schule: Leistungen sehr mäßig, willig, aber langweilig. Keinerlei Interessen. Einfach dumm.

R. Johann: 39 Jahre alt, Eisendreher. Guter Humor. Keine bes. Interessen. Ziemlich gleichgültig. Nach Schule: Als ruhig, brav und gutmütig bezeichnet. Nach Vater: sehr schlecht gelernt, hatte aber brave Lehrer, die Nachsicht hatten. Beschränkt.

H. Anny: 25 Jahre alt. Ledig. Ohne eigentlichen Beruf. Früh sittlich verkommen. Aber auch fehlende Begabung. Fürsorge-Zwangserziehung. Stahl und trieb sich herum. Hauptnoten 3—4. Einmal repetiert. Ob Freiheits-Strafe ist nicht sicher. Ethisch defekt und schwach begabt.

K. Agnes: 36 Jahre alt. Ledig. Verkäuferin. Ein illeg. Kind. Nach Schule: Begabung sehr mittelmäßig. Einmal repetiert. Wenig fleißig. Dabei keck und widerspenstig. Ungesunde Neigung sich interessant zu machen. Beschränkt.

K. Johann: 34 Jahre alt. Gürtler. Ledig. Raffinierter Schwindler. Dieb und Betrüger. 24jährig erstmals bestraft, haltlos weich, Gonorrhoe und Syph. erworben. Aus dem Krankenhaus zweimal entlaufen. Nach Schule: Verstandesgaben sehr schwach. Allen Einflüssen ausgeliefert. Einmal repetiert. Schwach begabter rezidivierender Verbrecher, haltl. Psychop.

P. Ludwig: 38 Jahre alt. Elektrotechniker. Ruhig, vielleicht etwas stumpf. Keinerlei Wünsche und Pläne, sonst durchaus unauffällig. Nach Schule: Gutmütig, aber unbegabt. Einmal repetiert.

P. Wilhelm: 32 Jahre alt. Expedient. Ledig. Ein illeg. Kind. Vorliebe für Film und Theater. Tunichtgut. Kummer der Familie. Bestahl die Schwester. Nicht tüchtig, nicht gescheit, wenn auch listig und egoistisch. Keine Arbeitsfreude. Am Lernen kein Interesse, dumm, Tunichtgut.

L. Franziska: 22 Jahre alt. Verkäuferin. Ledig. Schwer gelernt, beschränkt.

L. Albert: 38 Jahre alt. Laborant. Verheiratet mit einer schwach begabten Frau. (Hat einen schwachsinnigen und eth. def. Sohn.) Nach Schule: grenzenlos faul und leichtsinnig. »Seine geringen Anlagen lassen ihn den Ernst des Lernens kaum ahnen.« Zweimal repetiert. Schwach begabt und ethisch nicht vollwertig.

M. Elisabeth: 21jährig gestorben. Abgestürzt. Lageristin. Laufmädel. Begabung recht schwach, war jedoch auch myop. Struma. Gonorrhoe.

M. Franziska: 25 Jahre alt. Weißnäherin. Vom Vater hinausgeschmissen, weil sie frech war und nicht gut tat. Nach Schule: Leistungen sehr gering, »nicht gerade unsolid aber unfolgsam«. Jähzornig. Hauptnoten 3—4. Einmal repetiert. Schwachbegabte erregbare Psychopath.

M. Johanna: 24 Jahre alt. Verheiratet. Hilfsarbeiterin. 5jährig schon mit Gonorrhoe angesteckt. Unerzogen. Nach Mutter stammen ihre geringen Anlagen von »Familien-Erblichkeit« her. Nach Schule: Sehr geringe Leistungen. Im Rechnen ganz schlecht. Schwach begabt.

B. Luise: 36 Jahre alt. Verheiratet. Soll lebhaft, lustig und brav sein. Geschieden. Tbc. Nach Schule: eine sehr unvernünftige dumme Erzieherin, tat sich selbst im Lernen schwer, war aber sehr fleißig. Viel krank.

P. Raimund: 27 Jahre alt. Ledig. Backofenbauer. Keine Arbeit. Nach Vater: ganz anständig. Trinkt aber viel. In der Schule: schlecht gelernt, einmal repetiert. Rhachitisch, schwächlich. Ziemlich dumm.

P. Martina: 23 Jahre alt. Ledig. Ein illeg. Kind. Hilfsarbeiterin. Lustig. Charakterlich o. B. Nach Schule: ruhig aber bequem. Schwer gelernt, schwach begabt.

P. Elise: 16 Jahre alt. Schülerin. Blutarm. Nach Schule: geistig unter dem Durchschnitt. Unselbständig. Hauptnote 4.

P. Franz: 13 Jahre alt. In der Schule schlecht. Angeblich keinen Eifer, wenig Begabung.

R. Maria: 37 Jahre alt. Verheiratet. Packerin. Immer sehr mittelmäßige Lernerin. Nach Schule: In den Denkfächern 3—4. Schwache Begabung. Zerfahren und nachlässig. Ungezogen. Einmal repetiert. (Hat eine schwachsinnige Tochter.)

D. Friedrich: 48 Jahre alt. Hilfsarbeiter. Keine Lehre gemacht. Auffallend stumpf und dumm. Begriffstutzig. Keine Interessen. Schwerfällig. Schwer gelernt.

R. Julius: 20 Jahre alt. Ledig. Schlosser. Aufgeregt, unbeholfen, stottert etwas. Nach Schule: sehr schwache Anlagen. Einmal repetiert.

R. Gertraud Ingeborg: 17 Jahre alt. Ledig. Sehr ruhig und verschlossen. Spielt gut Klavier. Sehr belesen, scheut aber jede Anstrengung. Nach Schule: außerordentlich phlegmatisch und denkschwach. Hauptnoten 3, im Rechnen 4. Kolossal verschlossen. Keinen Kontakt mit den Mitschülerinnen. Schwachbegabter Sonderling (psychisch gehemmt?).

R. Antonie: 27 Jahre alt. Ledig. 3 illeg. Kinder. Leicht erregbar. Nach Vater: auch dumm wie die anderen Geschwister. Schule: Schlecht gelernt.

R. Franziska: 36 Jahre alt. Verheiratet. Nervös und aufgeregt. Schwer zu haben. Nach Schule: Schwach veranlagt, faul, roh und trotzig. Wenig begabt.

R. Anton: 28 Jahre alt. Verheiratet. Bäcker gelernt. Ohne Arbeit. Hilfsarbeiter. Etwas lebhafter als die Geschwister. Über Charakter nichts besonderes bekannt. Undeutliche Sprache. Auffallend schlechtes Deutsch. Nach Schule: Leistungen sehr schwach, unter dem Mittelmaß, fast ungenügend. Schreibt sinnlose Buchstabengefüge. Einmal repetiert. Beschränkt.

S. Josefa: 39 Jahre alt. Verheiratet. Lungenkrank. Charakterlich nichts auffallendes bekannt, nur flatterhaft. Nach Schule: sehr schwach begabt. Zweimal bedingt aufgestiegen. Einmal repetiert.

Sch. Georg: 35 Jahre alt. Maler. Verheiratet. Charakterlich schwierig, verschroben. Sektierer. Kritiklose Neigung zum Mystischen. Bringt ein ganz unverstandenes Durcheinander über die verschiedensten Wissensgebiete vor, unnatürlich maniriert, hoheitsvoll überlegen. Ablehnend, sobald man näher auf seine Ideen eingehen will. Voller Flickwörter und Wiederholungen, Andeutungen und Drohungen. Hat angeblich sehr schwach gelernt, Rechnen, Lesen, Rechtschreiben, alle Denkfächer sehr schwierig. Sprachfehler. Wirkt steif und affektiv ganz unangepaßt. Negiert Halluzinationen. Äußert nur verschwommene Beziehungsideen. Schwach begabter, verschrobener Psychopath? (Oder Hebephrenie?)

Sch. Paul: 30 Jahre alt. Verheiratet. Kanzleiassistent. Charakterlich ordentlich. Einfach. Seine einzige Freude ist der Fischerverein und sechs Vögel, die er hält. Nach Schule: anfangs leidlich gelernt. In der Realschule aber Note 4 in den höheren Klassen. Konnte das Klassenziel nicht erreichen, daher ausgetreten. »Begabung mehr nach der praktischen Seite, zu wirklichem Denken reicht sie nicht aus.«

Sch. Barbara: 25 Jahre alt. Ledig. In Anstaltserziehung. Schwache Schülerin. Sexuell verführt vom Vater mit 11 Jahren. Sittlich verdorben. Ziemlich stumpf, scheu und verstört. Nach Schule: körperlich und geistig vernachlässigt, zu Lügen geneigt, verschlossen, feindselig. Nach Fürsorgeamt: von Haus aus schwach begabt, ziemlich schwer gelernt, Denkfächer schlecht. Zweimal repetiert. (Schwache Begabung und Erziehungseffekt?)

Sch. Irma: 22 Jahre alt. Ledig. Im Geschäft der Eltern. Kam in der Schule nicht mit. Durfte im Lyzeum nicht aufsteigen. Struma. Schwach begabt.

St. Anna: 24 Jahre alt. Ledig. Verkäuferin. Anständig aber bequem. Nervös. Willig doch eigentümlich, unentschlossen, ängstlich. In allen Denkfächern meist 3—4. Schwach begabt.

T. Johann: 38 Jahre alt. Verheiratet. Hilfsarbeiter. Gleichgültig. Mochte nichts lernen. In der Schule zurückgeblieben. Furchtbar nervös. Indolent. Weiß nicht, wovon er mit seinen vielen Kindern leben soll. Kümmert sich aber nicht darum, ohne eigentlich leichtsinnig zu sein. Apathisch und beschränkt. Nach Schule: schlechter Durchschnitt, schläfrig, träge, verträumt. (Hat 2 schwach begabte Kinder.) Dummer, willensschwacher Psychopath.

Z. Friedrich: 33 Jahre alt. Verheiratet. Chorsänger, außerdem wenig Talente. Tat nie recht gut, keinen rechten Beruf, arbeitsscheu. Nach Schule: recht roh und ungezogen, schlechte Begabung, hört etwas schlecht. Einmal repetiert. Schwach begabter Tunichtgut.

Z. Klementine: 35 Jahre alt. Chorsängerin. Ledig. Nach Schule: zweimal repetiert, auf Wunsch dre Eltern wegen schwacher Begabung. Gutherzig aber leichtsinnig. Sehr fleißig und dadurch immerhin einiges erreicht. Allgemein ziemlich beschränkt.

Z. Friederike: 40 Jahre alt. Ledig. Dienstmädchen. Von einem Onkel 1 illeg. Kind, das ein schwerer Idiot und in Anstalt ist. Oberflächlich, wenig reif, spricht ziemlich gleichgültig von allem, kritikschwach, infantil wirkend. In der Schule immer etwas zurück. Englische Krankheit. In Landesschule Hauptnote III. Schwach begabt.

Z. Luise: 39 Jahre alt. Verheiratet. Egoistisch, geizig und hartherzig. Nach Schule: schwach begabt. In Denkfächern 3—4. Einmal repetiert. Lebenslauf sonst o. B.

E. Fritz: 24 Jahre alt. Baukunstschlosser. Ist ganz nett und hat guten Humor. Ledig. Zeichnet ganz gut. Nach Mutter: ein sogenannter »guter Kerl«. In der Schule geistig und körperlich zurück, faul und schlampig. Für Zeichnen am besten begabt. Zweimal repetiert.

67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten (Die mit * Bezeichneten sind doppelt zu zählen, da es sich bei 3 Ausgangsfällen von Repetenten um Geschwister handelte.)	und deren Kinder:*
*A. Therese: 51jährig. Lebend. Einlegerin. Verheiratet. Freundlich, still, verständig, farblos. Haushalt in Ordnung. Keine besonderen Interessen. Schwer gelernt. Schlechte Noten in den Denkfächern. Einmal repetiert. Betragen und Fleiß I. Beschränkt.	Keine Kinder.
*A. Heinrich: 48jährig. Lebend. Ausgeher. Verheiratet und geschieden. Schule sehr schwer. Ängstlich, nachlässig, schwach begabt, gutwillig. Zweimal repetiert, mehrmals bedingt aufgestiegen. Fleiß II, Betragen I. Begreift sehr schwer. Ordentliche Verhältnisse.	Keine Kinder.
B. Michael: 71jährig. Lebend. Schreiner. Verheiratet. Ging nach Amerika als Zeichner für einen Innenarchitekten zum Kirchenbau. Konnte andererseits nicht Unteroffizier werden, weil nicht intelligent genug. Einfach, ganz nett. Der gescheitere Bruder vertrug seine läppischen Witze aber nicht. Schule schlecht. Einmal repetiert. Sitten II, Fleiß II.	1 Kind: B. Irma: ca. 40jährig, ledig. Sonst wenig bekannt.
B. Aloisia: 59jährig. Lebend. Verkäuferin, dann Flaschenwäscherin. Verheiratet, getrennt. Kann nur wenig arbeiten. Angeblich viel mitgemacht. Äußerlich nett und ordentlich, verhältnismäßig gutes Gedächtnis. In der Schule schlecht, in allen Denkfächern IV, Sitten II, Fleiß III. Als körperlich und geistig schwach, faul, verschlossen und lügenhaft beschrieben.	5 Kinder: 1 kleingestorbener Knabe. W. Rosa: 19jährig gestorben an Tbc. Schwächl. Kind. Nach Schule: schwach begabt, aber beliebt. Hauptnote III—IV. Charakterlich o. B. Schwach begabt. W. Marie: 33jährig. Lebend. Verheiratet. Zuschneiderin am Land. Charakterlich nicht schlecht, aber in allem recht schwer getan. Nach Schule: sehr schwach begabt in jeder Beziehung,

*) Diejenigen, bei denen außer den Lebensdaten nichts besonderes angegeben ist, sind als unauffällig zu betrachten.

67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	aber ganz brav. Hauptnote III—IV. Einmal repetiert. Schwach begabt. W. Josef: 32jährig. Lebend. Steindrucker. Verheiratet. Lange arbeitslos. Nach Schule: bedeutender Mangel an Geist und Interesse, sehr dürftige Befähigung. Charakter o. B. Hauptnote III—IV. Einmal repetiert. Schwach begabt. W. Aloisia: 34jährig. Lebend. Zuschneiderin. Ledig. Moralisch nichts wert. 2 illeg. Abgänge. Mit einem Mann 4 Jahre in Persien, Türkei und Rußland. Verelendet und verlottert. Nach Schule: sehr unruhig. In Denkfächern III—IV, einmal repetiert. Schwach begabt.
B. Konrad: 59jährig. Lebend. Kellner. Viel mit Weibern umgegangen. Abenteuerlich, lustig. »Etwas Komiker.« In der Schule Hauptnote IV. Sehr schwach begabt.	Keine Kinder.
B. Wally: 65jährig. Lebend. Verheiratet. Keinen Beruf. Ruhig, freundlich. Schwerhörig. Sehr phlegmatisch und interesselos. Berichtet ohne jeden Affekt vom Suizid des Mannes. Mehr bewegt von den dadurch entstandenen schlechteren Verhältnissen. Matt und träge wirkend. In der Schule immer zwischen III und IV, schwankend. Beschränkt.	6 Kinder: A. Rudolf: 33jährig. Musiker. Ledig. Musik- und malbegabt. A. Walli: 34jährig. Erzieherin. Ledig. A. Anna: 31jährig. Stikkerin. Ledig. Langsam, aber fleißig und brav. A. Heinrich: 27jährig. Ingenieur. Ledig. Langsam, wenig intelligent wirkend, aber noch normal. Nach Schule: gedrückt und still. Hauptnote II.

67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	A. Emil: 37jährig. Diplomlandwirt. Verheiratet. Nach Schule: nicht schlecht begabt, aber bequem, gleichgültig und verdrossen. Einmal repetiert. Hauptnote II—III. Intellektuell noch ausreichend. 1 kleingestorbenes Mädchen.
B. Anna: 66jährig. Verheiratet. Verwitwet. Im Café tätig. Gutmütig, ruhig In der Schule sehr mittelmäßig, zwischen III und IV. Keine rechten Interessen. Langsam, nur bedingt aufgestiegen. Wenig geleistet. Schwach begabt.	4 Kinder: B. Anna: 8jährig gestorben. B. Georg: 26jährig. Ledig. B. Wally: 25jährig. Ledig. Aufgeregt, aber fleißig und gefällig. Nach Schule: mittelmäßig begabt, Hauptnote III, noch genügend. B. Emma: 31jährig gestorben.
B. Frieda: 70jährig. Im Geschäft der Eltern tätig. Verheiratet, lustig, aber mehr für sich. Egoistisch, hat für andere nichts übrig. Arbeitet viel. In der Schule zweimal repetiert. Betragen gut. Fortschritte zuletzt besser, namentlich im Praktischen. Intellektuell schwach begabt.	4 Kinder: R. Rosa: 45jährig. R. Alexander: 44jährig. Verheiratet. 2 kleingestorbene Knaben.
B. Elsa: 59jährig. Sängerin. Zweimal verheiratet. »Ganz herunter mit den Nerven«, wollte sich auch schon umbringen. Will nicht mehr nach Hause, weil die Mutter gestorben ist. Gemütsdeprimiert. Immer Kopfschmerzen und nervös, Migräne. In der Schule einmal repetiert, zweimal bedingt aufgestiegen, ziemliche Schwierigkeiten immer im letzten Drittel der Klasse. Sitten und Fleiß I. Sehr »fleißig und willig, aber Anlagen gering!«	Keine Kinder.
B. Karl: 27jährig suizidiert. Vergiftet und dann erschossen. Freiwillig zur Schutztruppe nach Südwestafrika gemeldet. War	Keine Kinder.

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	lustig und gutmütig. Verheiratet mit einer Masseuse, die ihn betrog. Tierfreund. Empfindlich, erregbar, wild und »fuchtig«. In der Schule stets unter den Letzten. Einmal repetiert. Fleiß und Betragen I. »Schwacher, schwerfälliger Schüler, ängstlich und langsam«.	
Mutter: unklare Psychose	D. Friedrich: 53jährig. Buchhalter. Verheiratet. Ein Gemütsmensch. Man mußte ihn aufheitern. Wäre lieber Forstmann geworden. Gymnasium versucht, in der 6. Klasse weggewiesen wegen »Mangel an Begabung und Interesse«. Etwas Störrigkeit und Trotz, im Unterricht tot und ohne Teilnahme. Gutwillig. Sitten o. B. Betragen »entsprechend«, Fleiß »nicht so groß«. Oft eigentümlich verstört. Bei Exploration sehr ruhig und wie leidend, spricht ganz wenig und leise. Litt von jeher unter seinem Temperament, etwas menschenscheu, freundlich, sanft, stets lächelnd, jedoch eigentlich recht wenig zugänglich. Kein richtiger warmer Affekt. Konstitutionell verstimmt, leicht ermüdbar und schwach begabt.	2 Kinder: D. Josef: 15jährig. Lustig und gesund. Hauptnote II. 1 kleingestorbener Knabe.
	D. Ludwig: 60jährig. Steuerbeamter. Verheiratet. Keine rechte Lust am Beruf. Etwas matt. In der Schule: »die geborene Mittelmäßigkeit«. Sehr schwach begabt, leichtsinnig und zerfahren, ohne Witz und Geist. Singt jetzt und interessiert sich für Bücher (Spätreife?). Wirkt nett, aber wenig geweckt, charakterlich offenbar gut veranlagt.	1 Kind: D. Ludwig: 29jährig. Feinmechaniker. Ledig.
Vater: Potus. Unklare Geisteskrankheit	E. Andreas: 41jährig bei Revolution erschossen. Hilfsarbeiter. Zweimal verheiratet. Die zweite Frau verklagte ihn. Leichtsinnig, aber angeblich noch der Beste von seinen Geschwistern. Rezidivierend kriminell. Bettel, Waffentragen, Landstreicherei, Bedrohung, Körperverletzung. Ethisch defekt und erregbarer Potator.	6 Kinder: 5 kleingestorbene Knaben. 1 kleingestorbenes Mädchen.

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	Nicht schwachsinnig, aber recht schwachbegabt. Leistete sehr wenig.	
'ater: ʼotus.	G. Anna: 59jährig. Kassierin. Ledig. Lustig. Sehr einfach, keine besonderen Interessen. Nicht gescheit, nicht gut gelernt. Noten? In Familie als dumm betrachtet.	2 Kinder: G. Otto: 37jährig. Ledig, sonst wenig bekannt. G. Gustav: 38jährig. Ledig, sonst wenig bekannt.
ıtter: thisch inder- ertig.	G. Xaver: 61jährig. Schreiner. Verheiratet. Kleine Werkstatt. Will gerne seine Ruhe haben. Früher in Stellung. Gab das Geschäft des Vaters auf, als es nicht mehr ging. Unglücklich ohne Arbeit, bessert alte Möbel sehr schön aus. Zerkriegt mit den Geschwistern. Fremden gegenüber knurrig und abweisend. Bei näherer Bekanntschaft etwas freundlicher. Zurückgezogen, etwas Sonderling. In der Schule Hauptnote IV, einmal repetiert. »Sehr schwach begabt, faul, teilnahmslos, gleichgültig, schmutzig, schlampig, schlechte Erziehung.« Fleiß II, Sitten II, Ehefrau scheint ihn zu lenken und vorwärts zu treiben.	7 Kinder: G. Willi: 36jährig. Chauffeur. Nahm eine bessere Stelle nicht an, weil er seine Ruhe haben möchte. Wirkt fast unangepaßt euphorisch, hofft einmal ein reicher Mann zu werden trotzdem er zur Zeit stellenlos ist. Äußerlich: assymetrischer Schädel, dürftig und infantil wirkend. Nach Schule: Hauptnote III bis IV. Zweimal repetiert. Debil. G. Magdalene: 35jährig. Verheiratet. War Dienstmädel. Nervös und leicht erregbar. Nach Schule: Hauptnote III bis IV. Dreimal repetiert. Begabung und Fleiß gering. Betragen I. Debil. G. Ludwig: 12jährig gestorben. Hauptnote III—IV. Einmal repetiert. Mehr faul, nicht unbegabt. G. Elsa: 25jährig. Verheiratet. G. Franz Xaver: 30jährig. Matrose. Verheiratet. Abenteuerlich, großtuend, »kennt seine Eltern nicht mehr«. Nach Schule: Hauptnote III. Nicht sehr fleißig, könnte mehr leisten. 1 kleingestorbener Knabe. 1 kleingestorbenes Mädchen.

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	G. Adolf: 55jährig. Spenglermeister. Verheiratet. Nichts besonderes über sein Leben bekannt. In der Schule Sprachfehler. »Geistig wenig beanlagt«. In allem gleichmäßig schwach begabt. Sitten und Fleiß I. Einmal repetiert.	Keine Kinder.
Vater: Potus. P. P. Mutter: Arter. cerebri.	H. Rosa: 54 jährig. Kellnerin. Zweimal verheiratet und geschieden. In der Schule Fortgangsnote IV. Zweimal repetiert. Fleiß und Sitten II. »Schwach beanlagt, wenig Fleiß und guten Willen«. Anscheinend praktisch nicht untüchtig.	2 Kinder: H. Emma: 31jährig. Verheiratet. H. Erna: 29jährig. Verheiratet. Modistin.
	H. Karl: 43 jährig gestorben an Lungentbc. Metzger. Groß und stark. Unsteter und haltloser Psychopath. Wandervogel. Durchgebrannt. Hatte gute Stelle, ging plötzlich davon. Verheiratet und geschieden. Lebhaft, lustig, unstet, verbrauchte alles für sich. In der Schule Hauptnote IV. Zweimal repetiert. Fleiß 2, Sitten I. Äußerst faul, Anlagen gering, schwach begabt.	Keine Kinder.
	H. Berta: 29 jährig gestorben an Sepsis. Hatte 4 illegitime Schwangerschaften. Gestorben an kriminellem Abort, Kassierin, Hausmädel, Bardame. Leichtsinnig, verlogen, beschränkt. Man zog sie nicht recht zur Verantwortung für ihr Tun. Begabung schlecht. Ethisch defekt und intellektuell schwach beanlagt.	2 Kinder (und 2 Abg.): H. Karl: 22jährig. Elektrotechniker. Ethisch defekt, Abenteurer. And. abnorm. Kriminell. 1 kleingestorben 2 Abgänge.
Mutter: erregbare Psychop. Potus.	H. Franz: Als Kind von der Schaukel gefallen und gestorben. In der Schule Hauptnote III, »auffallend geringe Anlagen«. Wenig Fleiß, Betragen nicht sehr zu loben. In allem sehr schwach begabt.	Keine Kinder.
	H. Josef: 61 jährig. gestorben. Musiker am Land. Verheiratet. In der Schule Sprachfehler. Fähigkeiten sehr mittelmäßig, geringe Talente. Fleiß gering,	3 Kinder: H. Marie: 34jährig gestorben, Putzmacherin. Verheiratet.

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	ruhig etwas heimtückisch. Beschränkt, ohne Interessen. H. Marie: 65 jährig. gestorben. Verheiratet. Charakterlich schlecht. Hetzt viel in Familie herum, dumm, frech, unsolid, hat viele Männer, arbeitsscheu, gerne im Wirtshaus, nicht viel wert. Kann nicht viel. Nach Schule: Anlagen schwach, faul und dumm. Haltlose Psychopathin.	H. Anton: 46jährig. Kaufmann. Verheiratet. 1 kleingestorbenes Mädchen. 1 Kind: H. Franz Xaver: ca. 50jährig. Schneider am Land. Trinker, tut nicht recht gut. Charakterlich wenig beschrieben.
utter: be- ränkt.	*H. Hugo: 54 jähriger Kaufmann. Verheiratet. Tbc.? Angeblich ordentlich und solid. 52 jährig entlassen, weil er infolge »übergroßer Nervosität« nicht mehr als vollwertig bezeichnet werden konnte. Nur für schematische Arbeiten zu gebrauchen, stets bemüht, aber kaum genügend in der Schule. Sehr träge und faul. Dürftige schwache Leistungen, sehr beschränkt. Betragen II, Fleiß III.	1 Kind: H. Edith: 23jährig. Jung geheiratet. Kein Beruf.
itter: altlose ycho- athie.	H. Max: 40 jährig gestorben. Mit einem Maßkrug erschlagen worden. Ordnungsmann, Metzger. Verheiratet. Raufbold und Pumper. Wohl auch öfters bestraft. Im Lernen schlecht. Hauptnote III. Fleiß und Sitten I. Geistig schwach, »arbeitet nur, wenn er muß«.	Keine Kinder.
utter: Epi.	H. Jakob: 49 jährig gestorben an Diabetes. Schreinermeister. Verheiratet. Nach Geschwistern, die selbst zum großen Teil beschränkt sind »geistig nicht so besonders«. Ohne höhere Interessen. Lernte mäßig. Schwach begabt.	2 Kinder: H. Helene: ca. 28 jährig. Büroangestellte. 1 kleingestorbener Knabe.
	K. Ludwig: 16 jährig gestorben an Tbc. Ledig. Nach Schule: diebisch, lügenhaft, gewissenlos, gleichgültig und frech, schlechte Erziehung. Zweimal bedingt aufgestiegen. Einmal repetiert. Fortgangsnote III, Fleiß II. Recht beschränkt.	Keine Kinder.

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
Mutter: beschränkt.	K. Anna: 50 jährig. Näherin. Verheiratet. Sagt selbst, sie habe sich im Rechnen und Schreiben schwer getan. Praktisch ganz geschickt. Nach Schule: In den Denkfächern 3—4, zweimal repetiert in den ersten 5 Jahren.	2 Kinder: M. August: 16jährig. Gymnasium. Einmal repetiert, sonst o. B. M. Klara: 14jährig. Ballettschülerin. Gut erzogen. Begabung o. B.
	K. Rosa: 45 jährig. Büglerin. Ledig. Sei jetzt ganz lebhaft und fleißig. Im Lernen aber immer schlecht. Furchtbar empfindlich. Eine Sonderlingsnatur. Nach Schule: Hauptnote in den Denkfächern 3—4. Fleiß II, Betragen I. Schwach begabt.	Keine Kinder.
Vater: Art. Mutter: dumm, erregt, beschränkt.	K. Anna: 45 jährig. Zweimal verheiratet. Immer zuhause. Ein Sonderling. Egoistisch. Kalt, berechnend, ohne rechtes Gefühl, kann auch lustig sein. Nach Schule: Fortgangsnote III, 2 mal repetiert. Keine höheren Interessen. Lernte schlecht und ungern.	Keine Kinder.
	K. August: 39 jährig gestorben an Lungentbc. Brauereiarbeiter. Von klein auf leidend. Ganz nett und gutmütig. Nach Schule: Hauptnote III—IV. Fauler frecher Lügner, einmal gestohlen. Später gebessert. Einmal repetiert. Recht beschränkt.	4 Kinder: K. Sofie: 37jährig. Verheiratet. Beschränkt wirkend (hat einen Sohn, der Hilfsschüler ist). K. Minna: 28jährig. Verheiratet. Still und brav. Schlecht gelernt. Schwach begabt. K. Betty: 33jährig. Verheiratet. K. Gustav: 25jährig. Schreiner. Ledig. Geistig schwach und faul, einmal repetiert. 13jährig wegen Funddiebstahl am Jugendgericht. Debil.
	K. Karl: 36 jährig gestorben im Kriege. Güterschaffner. Nach Schule: Hauptnote III. »Bequem, schläft oft während des Unterrichtes, kaum im	1 Kind: K. Josef: 34jährig. Schlosser. Verheiratet

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	Stande, den Anforderungen zu genügen.« Träge, nachlässig und dumm.	
Vater: be- chränkt. Alters- ychose.	M. Anton: 64 jährig. Arbeiter, dann Zeitungsverkäufer. Nach Familie: Ein Tunichtgut, mochte nichts lernen, hielt nirgends aus, Schule schlecht, Begabung gering.	3 Kinder: 1 kleingestorbener Knabe. 1 kleingestorbenes Mädchen. M. Anton: 31 jährig. Hilfsarbeiter bei Bauern. Bäcker angefangen, hat kein Talent dazu. Zumindest schwach begabt.
ater: t. cer. . depr. umm? izidver- such.	M. Joseph: 71 jährig. Hilfsarbeiter. Zweimal verheiratet. Arbeitsscheu, nichts gelernt, zweimal elende Heirat. Taugenichts und Bettler. Nicht begabt. Chronischer Schnapstrinker. Bestraft wegen Bettel und kleinem Diebstahl. 1912 in der psychiatrischen Klinik als chronischer Alkoholist. 5 mal in der Klinik. Bagatellverbrecher. Intellektuell beschränkt, wenn auch nicht schwachsinnig.	Keine Kinder.
	F. Daniel: 61 jährig. Schlosser. Verheiratet. Geistig »sehr einfach«. Schwätzt viel. Etwas selbstgefällig, sonst Charakter o. B. Weiß keine Interessen anzugeben. Gelernter Chauffeur. Praktisch gut brauchbar. In der Schule Hauptnote III. Sitten I, Fleiß II. Zweimal repetiert. Beschränkt.	9 Kinder: F. Martha: 25 jährig gestorben. Verheiratet. F. Daniel: 34 jährig. Trambahner. F. Anna: 29 jährig. Kinokassiererin. Verheiratet. F. Johann: 27 jährig. Straßenbahner. F. Franziska: 23 jährig. Verheiratet. F. Liesel: 17 jährig. Struma. Sehr langsame Auffassung. Muster von Ordnungsliebe. Charakterlich o. B. 3 kleingestorbene Kinder.
	F. Maria: 65 jährig. verheiratet. Ängstlich. Ganz einfach und ungebildet, wenig talentiert, tüchtig im Haushalt. Aus der 5. Klasse entlassen. Kann einiges lesen und schreiben. Mußte als Kind angeblich viel arbeiten, »daher	1 Kind: Z. Johann: 39 jährig. Kunstgewerblicher Zeichner in Amerika. Sehr geschickt, guter Zeichner und Bastler. Strebsam und anständig.

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	wenig gelernt«. Zugeherin. Nach Schule: Fortgangsnote 3—4. Sitten I, Fleiß II. Zweimal repetiert.	
Mutter: schwach begabt.	M. Johann: 68 jährig. Güterlokomotivführer. Verheiratet. Körperlich kolossal dick und groß. Nie krank. Sehr laut und ungeniert, Sprüchmacher, Wichtigtuer. Für nichts Ernstes zu interessieren, beschränkt. Nach eigener Aussage: In der Schule sehr schwer getan. Nach Schule: Hauptnote III. Recht gutartig. »Arbeitskraft und Aufmerksamkeit lassen viel zu wünschen übrig. Schlampig, faul und oberflächlich.«	3 Kinder: M. Magdalena: 29jährig. Säuglingspflegerin. M. Johann: 27jährig. Schlosser. 1 kleingestorbenes Mädchen.
Vater: beschr. sen. dem. erregb. Psychopath.	M. Georg: 58 jährig. Spengler. Vertut viel Geld mit Rennsport und Wetten. Haltlos und ethisch defekt. 14 jährig, erster Diebstahl. Verheiratet und geschieden. Mehrfach bestraft wegen Diebstahl und Mithilfe. Geschieden wegen Ehebruch. Nach Schule: Hauptnote 3—4. Großer Schulschwänzer, Sitten II, Fleiß II, Begabung schwach. Einmal repetiert, einmal bedingt aufgestiegen. Kam dann ins Rettungshaus. Nicht viel erreicht.	1 Kind: M. Centa: 23jährig. Ledig. Lebt allein, mit allen zerkriegt. Schlecht gelernt, aber angeblich nicht unbegabt. Hauptnote IV. Scheues Wesen, ohne Fleiß und Pflichtgefühl charakterlich nicht gut. Intellektuell o. B.
	M. Michael: gestorben 47 jährig im Krieg. Kutscher. Ledig. Er stotterte. Hat nicht gut gelernt. Nach Schule: Hauptnote III, einmal repetiert. Ziemlich beschränkt.	Keine Kinder.
Vater: Art. cer. Mutter: nervös, unklar.	N. Katharina: 55 jährig gestorben an multipler Sklerose. Verheiratet. Ohne Beruf. Nach Familie: »sehr einfach im Geist«, gutmütig und humorvoll. War im Milchgeschäft der Eltern auch schon vor der Erkrankung nicht zu gebrauchen, keine Begabung dazu. Nach Schule: Hauptnote 2—3, Sitten I, Fleiß 1, einmal bedingt aufgestiegen. Charakterlich gut, aber dumm.	3 Kinder: B. Anny: 28jährig. Anfallskranke. Ledig. Merkliche Verblödung. Beginn mit 12 Jahren, sei 7jährig von einem Burschen schwer geprügelt worden. Seit Jahren in Anstalt. B. Katharina: 31jährig. Kunststickerin. Ledig. Aufgeregt, zurückgezogen, sehr religiös, dabei »ganz kalt«. Intellektuell o. B.

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
		B. Anton: 36jährig. Kaufmännischer Angestellter bei den Eltern. Schwerfällig, linkisch, nervös. Schwach begabt.
	P. Christine: 45 jährig gestorben an Tbc. Handschuhmacher. Verheiratet. 30 Jahre in einer Stelle. Gewissenhaft, sparsam, ernst. Nach Schule: Hauptnote III, aus der 5. Klasse entlassen. 2 mal repetiert. »Schwachbeanlagt, träge und schwache Augen«.	1 Kind: P. Christine: 33jährig. Mdp. In der Lehre »als körperlich schwach, sehr nervös und empfindlich« geschildert. Intellektuell nicht auffallend. Manisch-depressiv.
	P. Friedrich: 47 jährig gestorben an Darmleiden. Verheiratet. Nach Schule: Hauptnote III. Fleißig, brav aber gering beanlagt. Nicht viel Geist.	Keine Kinder.
Vater: Potus, erregbar.	R. Rosina: 68 jährig. Verheiratet. Sei ordentlich, nicht dumm, praktisch tüchtig. Nach Schule: schwachbegabt, Rechnen und Geschichte 4. Sonst überall III. Tat sich in allem Geistigen schwer. Fraglich, ob repetiert.	1 Kind: 1 kleingestorbenes illegitimes Mädchen.
	R. Johann: 60 jährig. Monteur. Verheiratet. Praktisch offenbar brauchbar. Nach Schwester: nicht auffallend, charakterlich o. B. In Schule schlecht, nichts gelernt, im Praktischen aber gut. Hauptnote III, »schläfrig, faul, arbeitet nur, wenn er muß«. Ohne Interessen. Dumm und träge.	Keine Kinder.
	R. Margarete: 58 jährig. Verheiratet. Charakterlich gut, aber schwache Lernerin. Nach Schule: eine arme schwachbegabte Schülerin, aber von seltener Treue und Gewissenhaftigkeit. Beschränkt.	2 Kinder: H. Maria: 31 jährig. Lehrerin. Ledig. Tbc. H. Johann: 28 jährig. Diplom-Ingenieur. Fleißig, ordentlich.
	R. Peter: 71 jährig. Schulhausheizer. Von Vorgesetzten geschildert als »Typ des schwerfälligen Biertrinkers, leiden-	Keine Kinder.

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
	schaftlicher Pfeifenraucher, sonst wenig Interessen«. Ab und zu eigensinnig und aufbrausend, grob, sagt einem alles hin, aber sonst recht. Wirkt recht dumm und gedankenarm.	
Vater: Grob, erregt.	R. Josef: 63jährig gestorben. Drechsler. Nach Familie: seelengut aber ohne Bedeutung. Brav, nicht gescheit, keinerlei besondere Interessen. Über Schulleistungen nichts bekannt. Einfach beschränkt.	4 Kinder: R. Georg: 30jährig. Sonst wenig bekannt. R. Maria: 43jährig. Verheiratet. Sonst wenig bekannt. R. Henriette: 37jährig. Verheiratet. Sonst wenig bekannt. R. Adam: 40jährig. Verheiratet. Sonst wenig bekannt.
	R. Kunigunde: gestorben 29jährig an Grippe, Verheiratet. Charakterlich, nach Familie, unauffällig. Nach Schule: in den Verstandesfächern schwach. Betragen I, Fleiß II. Einmal repetiert. Schwach begabt.	1 Kind: W. Anna: 22jährig. In USA in Stellung.
	R. Katharina: 50jährig. Verheiratet. Keinen Beruf. Gleich in der Höhe, aufgeregt, grob, gewöhnlich, aber sicher nicht geisteskrank. Schon von jeher nervös, viel in Behandlung. Nach Schule: Hauptnote III, Sitten I, Fleiß II. Hat einen Sprachfehler. Unaufmerksam und schwach begabt. Einmal repetiert.	3 Kinder: Z. Josef: 31jährig. Schlosser. Nicht fertig gelernt. Fabrikarbeiter. Hilfsarbeiter. Tbc. Begabung schwach. Z. Franz: 17jährig. Metzgerlehrling. Schwachbegabt und ethisch minderwertig. Schule 3—4. 16jährig Diebstahl mit Einstieg in ein Zimmer. Liebhaber von Schundliteratur. Körperlich o. B. Geistig beschränkt. 1 kleingestorbenes Mädchen
Vater: Sonderling.	R. Oskar: 60jährig gestorben. Ledig. Zuerst am Gymnasium, dann am Lehrerseminar. Ging überall durch, lernte nichts, dann nach Amerika, kam zurück und bettelte herum, abenteuerlich, haltlos, ethisch minderwertig, aber auch schwach	Keine Kinder.

67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
begabt. Nach Schule: Anlagen 3, Begabung unzulänglich, scheu, unbeholfen, komisch. Wurde von seinen 2 Jahren jüngeren Klassengenossen stets verlacht. Für Psychose kein ausgesprochener Anhaltspunkt, wahrscheinlich haltloser, schwach begabter Psychopath. Ob und wo bestraft war nicht zu erfahren, aber, nach Familie, höchst wahrscheinlich.	
Sch. Katharina: Gestorben 60jährig an Tbc. Blumenmacherin. Verheiratet. Nach Familie: schwach begabt, schwierig, aufgeregt, viel Szenen, wenig geleistet. Hat keinerlei Interessen, Schulbogen verloren gegangen.	1 Kind: Sch. Josef: illeg. gestorben. 33jährig. Ledig. Dienstknecht am Land. Schwachbegabt.
Sch. Xaver: 36jährig gestorben an Lungentbc. Bürstenbinder. Verheiratet. Nach Familie: »Nicht dumm«. Nach Schule: Unverschämter Lügner und Dieb, verkommen, sehr geringe Talente, einmal bedingt aufgestiegen selbst in ganz kleiner Landschule. Soll sich, nach Geschwister, später besser gemacht haben.	4 Kinder. Ganz unbekannt.
Sch. Peter: 68jährig. Versicherungsinspektor (wohl nach Militäranwärterschaft). Verheiratet. 15 Jahre Feldwebel. Charakterlich ruhig, gutartig. Mehr ordentlich als begabt. Wirkt in der Unterhaltung recht beschränkt. Versuchte die Realschule, es ging nicht. Nach Schule: Von allen Lehrern als faul, wenig begabt, unreinlich und ängstlich geschildert. Begabung reichte für die Mittelschule nicht aus. Ordentliche Verhältnisse (unter s. Enkeln wieder zwei i. d. Schule ziemlich schlecht).	2 Kinder: Sch. Berta: 39jährig. Verheiratet. Sch. Josef: 37jährig. Zahntechniker. Verheiratet (unter seinen 3 Kindern wieder ein ausgesprochen Schwachbegabter und 2 sonst schlechte Schüler). Intellektuell o. B.
S. Magdalena: Gestorben 48jährig. Zweimal verheiratet. Hausierte mit Blumen. Stolz und dumm gegen die Verwandtschaft. Nicht beliebt. Nach Schule: ein moralisch verkommenes Kind, brachte die Nächte außer Hause zu, Begabung offenbar	2 Kinder: H. Karl: 35jährig. Buchbinder. Verheiratet. Sonst wenig bekannt. H. Heinrich: 30jährig. Bauführer. Verheiratet. Trin-

	67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
ver-schwen-derisch.	mangelhaft, Lesen und Rechnen 4, Betragen und Fleiß mangelhaft. Struma. Über späteres moralisches Verhalten nicht viel bekannt. Beschränkt.	ker. Begabung ?. (Erziehungsprodukt ?.)
	St. Peter: 54jährig. Zimmermann. Verheiratet. Hat nach Aussage der Geschwister auch »hart« gelernt. Charakterlich nichts auffallendes bekannt. Wenig Anforderungen, dürftige Verhältnisse. Recht schwach begabt.	2 Kinder: 1 kleingestorbenes Mädchen. St. Johann: 12jährig. Debil. Nach Schule: gutwillig, unbeholfen, in seiner Gehirnfunktion beeinträchtigt, etwas schleppender Gang. (Exogene Schädigung ?) Debil.
	W. Max: 67jährig. Eisengießer. Verheiratet. Geistig schwerfällig wirkend, aber geduldig und gutmütig. 42 Jahre in seiner Stelle. Nach eigener Aussage: aus der 5. oder 6. Klasse entlassen. Habe »ganz leicht« gelernt. Weiß offenbar gar nicht, daß er noch mehr Klassen hätte machen sollen. Sehr gleichgültig, geistig schwerfällig, trank früher viel Bier, jetzt angeblich nicht mehr, »weil er es nicht mehr verträgt«. Leberleidend. Ikter. Aussehen. Von Haus aus beschränkter Alkoholiker.	Keine Kinder.
Vater: Pot., erregbar. Mutter: erregbar. Stimmungsschwankungen.	*W. Johanna: 51jährig. Verheiratet. Nach Familie: oberflächlich, unbedeutend, gar nicht klug oder begabt, aber nicht gerade schwachsinnig wirkend. Ganz beweglich. Charakterlich nicht schlecht. Nach Schule: Hauptnote 3—4. Einmal repetiert. Beschränkt.	2 Kinder: B. Alexander: 35jährig. Kaufmann. Angeblich gar nicht klug. Sehr unbedeutend, banal. Schwach begabt. B. (weiblich): 34jährig. Ledig. Sonst wenig bekannt.
	W. Magdalena: Gestorben 18jährig an Suizid. Ledig. Ertränkte sich vielleicht wegen einer Affäre mit einem Mann. Soll Anwandlungen von Schwermut gehabt haben. Half etwas im Hause mit. Nach Schule: Schlecht gelernt. In Denkfächern 3—4. Zweimal repetiert. Als sehr	Keine Kinder.

67 schwachbegabte Geschwister der schwachsinnigen Repetenten	und deren Kinder:
schwach und sehr zerstreut beschrieben. (Ob schwach begabt oder gehemmt?)	
Z. Matthias: 14jährig gestorben. Ertrunken beim Fischen. Nach Schule: Hauptnote 3—4. Schlechter Schüler.	Keine Kinder.
Z. Karoline: 29jährig gestorben an Tbc. Ledig. Ohne Beruf. Pflegte den Vater. Sei ganz still und unauffällig gewesen. Lernte nicht gut. Nach Schule: Brav, aber sehr schwach begabt.	Keine Kinder.
Z. Wilhelmine: 55jährig. Zweimal verheiratet. Keinen Beruf. Soll schlecht gelernt haben, aber sonst gesund und brav sein. Nach Schule: Recht mäßig gelernt, einmal repetiert, ziemlich dumm.	3 Kinder: 1 kleingestorbenes Mädchen. B. Wilhelmine: 22jährig. Friseuse. Verheiratet. Sonst wenig bekannt. B. Hans: 28jährig. Büroangestellter. Schwer herzleidend, intellekt. o. B.
Z. Hugo: 35jährig. Reisender. Verheiratet. Nach Bruder: wenig begabt, aber sonst gesund. In der Schule sehr schwer getan (miserabler Stil und Briefform noch mit 15 Jahren). Nach Schulbogen: In den Hauptdenkfächern 3—4. Einmal repetiert. Schwach begabt.	2 Kinder: Z. August: 10jährig. Schüler. Z. Paula: 13jährig. Schülerin.
Z. Paula: 33jährig. Keinen Beruf. Verheiratet. Nach Geschwistern: am wenigsten begabt. Lernte sehr schwer. Schulnoten fehlen. Tut sich noch hart.	1 Kind: 1 kleingestorbener Knabe, Zangengeburt.
Z. Franz Ferdinand: 31jährig. Metalldrucker. Zweimal verheiratet. Nach Geschwistern: Aus der Art geschlagen, Taugenichts, tat nie gut. Auch in einer Erziehungsanstalt gewesen. Lernte wenig und nichts fertig. Viele Streiche. Nach Schule: »Langsam von Auffassung«, aber gutmütig. Hauptnote 3—4. Sitten 1, Fleiß 2. Schwachbegabter Tunichtgut.	2 Kinder: Z. Erna: 9jährig. Schülerin. Sonst wenig bekannt. Z. Walter: 6jährig.

9 schwachbegabte Kinder der Normalschüler.

Sch. Josefine: 45 Jahre alt. Verheiratet. War in der Schule nach eigener Aussage immer die Letzte. Hat wenig Talent. Charakterlich nichts besonderes bekannt, nicht weiter auffällig. Praktisch o. B.

H. Anna: 25 Jahre alt. Ledig. 1 illeg. Kind. Fabrikarbeiterin. Äußerst unruhig, hat wenig Gemüt, ist streitsüchtig und erregt. Nach Schule: Versagte überall, zwar nie repetiert aber immer schlecht. Charakterlich auch nichts wert. Geschwätzig, oberflächlich und willensschwach, lügnerisch und diebsverdächtig.

G. Franz: 13 Jahre alt. Zurückgeblieben, auch in der Sprache. Unbeherrscht, voll schlechter Gewohnheiten, unsauber, zerstreut und nervös, große körperliche Unruhe. Unreif. Ob zu wenig begabt? oder nur nervös?

L. Friedrich: 22 Jahre alt. Ledig. Feinmechaniker. Sehr nervös, schweren Stimmungsschwankungen unterworfen, im Ganzen ernst, erregbar, heftig, schwernehmend. Von jeher affektiv nett und aufgeschlossen, leidet selbst unter seinen Stimmungen. Arbeiten kann er immer. In der Schule schlecht, 2mal repetiert am Gymnasium. Hätte gerne Ingenieur studiert, lernte aber zu schwer. Bezeichnet als »zum Studium nicht geeignet, schwach begabt und gleichgültig«. (Vater und Großmutter suizidiert i. unkl. Depr.) Ob schwach begabt? Ob psych. gehemmt? Wohl zykloider Psychopath.

Sch. Paula: 31 Jahre alt. Ledig. Ein illeg. Kind. Schwach begabt, interesselos. Gänseverkäuferin. Schwierig und streitsüchtig. Nicht fröhlich. Hat an ihrem Kinde keine rechte Freude. Nach behandelndem Arzt: Intelligenzminderung. »Schizophr. Habitus«. Klagt ständig über Kopfschmerzen und Vergeßlichkeit. Nach Schule: Fleiß und Betragen lobenswert, aber schwach begabt, ruhig und dumm. (Ob hebephren?)

Sch. Maria: 26 Jahre alt. Ledig. Fabrikarbeiterin. Gleichgültig, phlegmatisch. Ohne Anhänglichkeit an Familie. Humorlos, interesselos, nicht gesellig, stumpf und dumm.

W. Emma: 29 Jahre alt. Ledig. Ein illeg. Kind. War ins Stellung als Hausmädel. Nicht recht solid, viele Verhältnisse mit Männern. Eigensinnig, schwer zu beeinflussen. Nach Schule: schlecht erzogen. Hang zum Stehlen. Wenig begabt. Einmal repetiert. In Erziehungsanstalt: Hauptnote III. Recht beschränkt (ev. Erziehungsprodukt?).

W. Katharina: 32 Jahre alt. Ledig. Schneiderin. Ist ordentlich. Erhält sich selbst. Lernte sehr schwer. Nach Schule: außerordentlich schwach. Im Ganzen geringe Anlagen. Brav und fleißig. Hauptnoten 3—4. Brav und fleißig. Charakter o. B. Einmal repetiert. Wenig Begabung.

K. Franz: 37 Jahre alt. Verheiratet. Hilfsarbeiter. Etwas unglückliche Natur. Nicht lebensfroh. Immer zitterig und viel krank. Sollte studieren, konnte es aber nicht, weil er zu wenig Begabung hatte. Beschränkt und unbeholfen.

9 schwachbegabte Geschwister der Normalschüler	und deren Kinder:
B. Ida: 71jährig. Schreibwarengeschäftsinhaberin. Ledig. Lebt allein. Ist beschränkt und geschwätzig. Auch etwas zu Schwermut geneigt.	Keine Kinder.
Gr. Viktoria: Gestorben 45jährig an Herzwassersucht. Verheiratet. Lebhaft, lustig, seelengut. Geistig aber gering veranlagt. Ausgesprochen schwach begabt.	3 Kinder: 1 kleingestorbenes Mädchen. Br. Marie: 40jährig. Verheiratet mit einem Rechtsanwalt. Jung geheiratet. Mittlere Schülerin, ordentliche Mutter und Ehefrau. Charakterlich o. B. Br. Hans: 44jährig. Chauffeur. Verheiratet. Gelernter Mechaniker. Tüchtig, beliebt und humorvoll. Nie arbeitslos. Geistig und körperlich gesund.
E. Maria: 63jährig. Ledig. Zugeherin. 3 illeg. Kinder. Nach Onkel: taubstumm und geistig nicht vollwertig, aber auch nicht schwachsinnig, kann nicht lesen und schreiben. Fragliche Art der Taubstummheit. Syph.? (Vater P. P.)	3 Kinder (illeg.): E. Anton: 26jährig. Ledig. Gesund. E. Andreas: 23jährig. Ledig. Gesund. E. Stephan: 21jährig. Ledig. Gesund.
P. Otto: 47jährig, Hilfsarbeiter, Schuhmacher gelernt. Verheiratet. Heftig, aufgeregt, bis zum 20. Jahr Anfälle, die als »Herzkrämpfe« von den Geschwistern bezeichnet werden. Im Felde und seither zugänglicher und gesund. In Schule: Hauptnote 3—4, Betragen 2, Fleiß 3. Schulschwänzer. Charakterlich roh, gemein schimpfend. Schlecht gelernt, einmal repetiert.	Keine Kinder.
R. Anna: Gestorben 51jährig. Ledig. Hat keinen Beruf. Immer bei Verwandten. Verkracht mit einem Verlobten, der dann eine andere heiratete, viel Geld. Neigung zu Dummheiten und Verschwendung. Nicht begabt. Haltlos, aber nicht direkt	Keine Kinder.

	9 schwachbegabte Geschwister der Normalschüler	und deren Kinder:
	schwachsinnig. In der Schule recht dumm.	
Vater: Pot. u. Taugenichts.	Sch. Margarethe: 48jährig. Näherin. Verheiratet. Etwas bös, geschwätzig und beschränkt. Gleichgültig, oberflächlich. In Schule: Hauptnoten 3—4. »Unaufmerksam, nachlässig, lügenhaft«.	3 Kinder: 1 kleingestorbener Knabe. M. Margarethe: 14jährig. Schülerin, sehr lebhaft und unternehmend. Möchte am liebsten schon alles mitmachen. Ist schon zweimal von der Polizei heimgeführt worden (Sittlichkeitsattentat?), weil sie streunte. Begabung nicht auffallend schwach, aber auch nicht besonders gut. Hauptnote 3. Mangelhafte Erziehung. M. Johann: 15jährig. Kunst- und Bauschlosserlehre. Will zur Bahn. Lebhaft, hat kein Sitzfleisch. Nach Schule: Gutwillig, aber oft nicht die Kraft z. Durchhalten. Dienstfertig. Faßt rasch auf und behält gut. Hauptnote 3, o. B.
Vater: u. b. Psychose. Mutter: »nervenleidend«.	T. Marie: 34jährig gestorben an Tbc. Verheiratet. Keinen Beruf. Immer zuhause. Vergnügt und gutmütig. Nach Mutter und Schule: Hauptnote 3. »Schwach im Kopf«. Soll als Kind einen schweren Fall getan haben. Machte immerhin eine kaufmännische Fortbildungsschule, mit welchem Erfolg, ist nicht bekannt. Schwer gelernt.	2 Kinder: St. Hans: 25jährig. Ingenieur. Bei der SA, gut entwickelt, charakterlich o. B. Geistig und körperlich gesund. St. Fritz: 19jährig. Stud. Oberrealschule. Mathematisch begabt. Verstandesmensch. Charakterlich gut.
	Tr. Lina: 56jährig. Verheiratet. Egoistisch. Vielerlei unbestimmte Klagen. Sehr wenig begabt. Die dümmste in einer gut begabten Geschwisterreihe. Recht musikalisch. (Vielleicht nur relativ dumm? Schulnoten fehlen.)	2 Kinder: K. Paul: 31jährig. Theologe. Ledig. Etwas verschrobenes Wesen. Alleswisser. Im Grunde gutmütig und gemütlich ansprechbar, aber immer etwas dünkelhaft. Nach Schule: gut veranlagt und fleißig. Hauptnote 2.

9 schwachbegabte Geschwister der Normalschüler	und deren Kinder:
	K. Elisabeth: 29jährig. Verheiratet. Sehr gutmütig, recht mittelmäßig begabt, aber musikalisch. Etwas phlegmatisch. Nach Schule: Unauffälliger Charakter. Fleiß 1—2, Betragen 1, Hauptnote 1—2.
Z. Anton: 59jährig. Zweimal verheiratet. Werkstättenführer. Charakterlich o. B. Nach Schule: Hauptnoten 3—4. Langsam, schlecht beanlagt, aber sehr ordentlich. Schwach begabt.	Keine Kinder.

Bericht über das Irrenwesen des Auslandes.

XXV.

Über die Reform der Irrengesetzgebung.

Wie sich das Problem in Italien gestaltet.

Von

Prof. Dr. med. **Carlo Ferrio** in Turin.

Inhaltsübersicht.

Einleitung.

Es gibt kaum ein Land in Europa, wo die Reform der Irrengesetzgebung in der psychiatrischen wie in der juristischen Fachpresse nicht behandelt wird. In einigen Ländern (England, Spanien, Schweiz usw.) sind seit kurzem neue Irrengesetze in Kraft; in anderen (Deutschland, Italien, Belgien, Frankreich usw.) sind Irrengesetzentwürfe noch in Diskussion. Ich glaube daher, daß es wohl von Interesse ist, hier über die Verhältnisse in Italien zu berichten.

De lege condita.

Allgemeines.

In Italien ist seit 1904 ein Irrengesetz in Kraft (»Legge sui Manicomii e sugli alienati«), das seinen Ursprung auf das Irrengesetz zurückführt, das zur Zeit der Gründung des Königreichs Italien im Großherzogtum Toscana bestand. Wie alle italienischen Gesetze enthält auch dieses nur die Grundbestimmungen und wird von einem Reglement (»Ausführungsbestimmungen«) ergänzt, worin genauere und für jede Gelegenheit verwertbare Bestimmungen enthalten sind. Meine Darstellung wird sich deshalb besonders auf dieses Reglement beziehen. Dasselbe stammt aus dem Jahre 1909 und ersetzte ein früheres von 1905. Wie alle schriftlichen Gesetzbestimmungen, haben auch die vorliegenden manche Veränderungen in ihrer Auslegung erfahren; einige Paragraphen sind mit der Zeit außer Gebrauch gekommen, andere werden heutzutage anders ausgelegt oder angewendet als vorher. Ich werde das Irrenwesen in Italien lediglich nach der heute geltenden Auslegung und Anwendung des Reglements (sog. »Regolamento di Stato«) darstellen.

Da das Reglement, sowie das Gesetz, fast ausschließlich die geschlossene Fürsorge behandeln, werden sich alle folgenden Erörterungen nur auf diese Art Fürsorge beziehen. Zwei Ausnahmen dieser Regel — Fürsorge für ungefährliche Geisteskranke, »heterofamiliäre Fürsorge« — werde ich weiter unten in besonderen Abschnitten besprechen.

Unterbringung von Geisteskranken in psychiatrischen Anstalten (geschlossene Fürsorge).

Conditio sine qua non der Unterbringung eines Geisteskranken in einer psychiatrischen Anstalt ist, daß er gefährlich gegen sich oder gegen andere ist, oder daß er sich öffentlich als ärgerniserregend benimmt. Es ist zu bemerken, daß das Gesetz (§ 1) bestimmt, daß auch jene Geisteskranken unterzubringen und aufzunehmen sind, »die nur in den psychiatrischen Anstalten behandelt werden können«. Dem Gesetzgeber, der das Reglement verfaßte und sich weniger als der Verfasser des Gesetzes von ärztlichen Gesichtspunkten leiten ließ, schien aber diese Bestimmung eine zu weite Auslegung des Leitgedankens des Gesetzes zu bedeuten. Somit sind in dem betreffenden Paragraphen des Reglements nur die gegen sich oder andere gefährlichen und die ärgerniserregenden Geisteskranken berücksichtigt. Da aber schließlich das öffentliche Ärgernis doch eine Art Gefährlichkeit gegen andere darstellt, kann man sagen, daß nur der gefährliche Geisteskranke in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht werden kann.

Der Ausdruck »gefährlich gegen sich« wird glücklicherweise sehr weit gedeutet und umfaßt nicht nur alle selbstmord- und selbstbeschädigungssüchtige Personen — ohne Rücksicht auf die theoretische Frage, ob jeder Selbstmord- oder Selbstbeschädigungssüchtiger als geisteskrank anzusehen ist oder nicht — sondern auch jene, die wegen Geistesschwäche schweren

wirtschaftlichen Schaden ausgesetzt sind, indem sie leicht rücksichtslosen Ausbeutern zum Opfer fallen.

Zu bemerken ist ferner, daß der Ausdruck »gefährlich gegen die anderen« demjenigen »gemeingefährlich« oder »öffentlich gefährlich« mit Vorteil und Vorbedacht vorgezogen wurde, um zu vermeiden, daß nach der wörtlichen Auslegung des Gesetzes fraglich sein könnte, ob z. B. der Kranke aufnahmebedürftig ist, dessen Verfolgungswahn gegen eine einzige Person gerichtet ist.

Schließlich kann man sagen, daß nach der geltenden Auslegung des Gesetzes jede Person als gefährlich anzusehen ist, deren Benehmen infolge der Geisteskrankheit schwer abnorm ist.

Es sind für die Anstaltsunterbringung die drei folgenden Verfahren vorgeschrieben:

1⁰ Gewöhnliche Unterbringung. Es werden ein ärztliches Zeugnis[1]) und eine beeidete Aussage von vier Zeugen (meist nicht verwandten Nachbaren) verlangt. Aus der Aussage muß hervorgehen, daß man aus dem Verhalten der betreffenden Person schließen kann, daß dieselbe wegen Geisteskrankheit als gefährlich anzusehen ist. Die Unterbringung erfolgt auf Grund eines Unterbringungsauftrages des Pretore[2]).

2⁰ Dringliche Unterbringung. Es ist vorgeschrieben, der Behörde der öffentlichen Sicherheit (»Questore«, d. h. Polizeidirektor in den Städten, »Podestà« d. h. Bürgermeister in den kleinen Gemeinden) ein ärztliches Attest[1]) vorzulegen, in dem die Dringlichkeit der Unterbringung ausdrücklich hervorgehoben wird. Die betreffende Behörde entscheidet nach eigenem Ermessen, ob die Unterbringungsbedürftigkeit tatsächlich vorliegt. Ist das der Fall, so erläßt die Behörde einen Unterbringungsauftrag (»ordinanza di ricovero«)[3]).

3⁰ Freiwillige Unterbringung. Es wird kein Dokument verlangt. Der (gefährliche!) Geisteskranke muß volljährig sein und braucht sich nur dem Anstaltsdirektor vorzustellen und ihm erklären, er wünsche untergebracht zu werden.

In keinem Falle sind Aufnahmeanmeldungen an den Anstaltsdirektor oder Aufnahmegenehmigungen vorgeschrieben.

---

[1]) Das ärztliche Zeugnis muß in zwei Exemplaren von einem praktizierenden Arzte abgefaßt werden, der mit dem Kranken nicht nahe verwandt und in der aufnehmenden Anstalt nicht angestellt ist. Im Zeugnis müssen die Notwendigkeit, den Kranken wegen Gefährlichkeit unterzubringen, sowie eine kurze Anamnese (keine Diagnose!) angegeben werden. Ein Exemplar des Zeugnisses bleibt bei der Behörde, die den Unterbringungsauftrag erläßt; das andere wird dem Anstaltsdirektor zusammen mit dem Auftrag abgegeben.

[2]) Richter, der dem deutschen Amtsrichter entspricht.

[3]) Die für die gewöhnliche sowie für die dringliche Unterbringung vorgeschriebenen Dokumente sind nur fünfzehn Tage gültig.

Jede Unterbringung — ohne Rücksicht auf das Unterbringungsverfahren — ist im gesetzlichen Sinne nur eine vorläufige (»Ammissione provvisoria«). Somit deckt sich die gesetzliche »vorläufige« mit der »materiellen« (körperlichen) Unterbringung der Person. Die »vorläufig« untergebrachte Person befindet sich gesetzlich in einer besonderen Lage, die man »Beobachtungszeit« (Periodo d'osservazione) nennt. Dieselbe dauert in der Regel nicht länger als fünfzehn Tage, kann aber in diagnostisch besonders schweren Fällen auf höchstens dreißig Tage verlängert werden. Während dieser Zeit muß der Kranke in einer besonderen Abteilung (»Beobachtungsabteilung«) verbleiben.

Nach Ablauf der Beobachtungszeit erstattet der Anstaltsdirektor dem Staatsanwalt einen Bericht über die Natur (Diagnose) und Schwere (Symptomatologie) der eventuell festgestellten Krankheit[4]) und gibt ein Gutachten ab, ob die Person in der Anstalt als gefährlich behalten oder als geistesgesund bzw. ungefährlich entlassen werden kann. Auf Antrag des Staatsanwaltes berät dann der Gerichtshof (Tribunale), indem er das Urteil der »endgültigen Unterbringung« (Ammissione definitiva) oder der Entlassung fällt. Im ersten Falle wird die Unterbringung für eine im gesetzlichen Sinne »endgültige« gehalten, im zweiten muß eine sofortige Entlassung (materielle sowie formelle Entlassung der Person) erfolgen. Hat aber der Anstaltsdirektor in seinem Gutachten begründet dargelegt, daß die Person als geistesgesund bzw. ungefährlich zu entlassen ist, so kann er dieselbe sofort materiell entlassen, bevor ihm das Urteil des Gerichtshofes ausgehändigt ist.

Es ist zu bemerken, daß sich der Staatsanwalt und der Gerichtshof fast ausnahmslos dem Gutachten des Anstaltsdirektors anschließen. Nur in ganz seltenen Fällen, wo ein besonderer Verdacht auf widerrechtliche Freiheitsberaubung besteht, muß ein Sachverständiger bestellt werden. Immerhin ist eine unmittelbare Kontrolle vom Gesetz nicht vorgeschrieben.

Das Unterbringungsverfahren ist einfacher — wie ich im folgenden darstellen werde — wenn es sich darum handelt, rückfällige Kranke unterzubringen, die schon vorher endgültig untergebracht worden sind.

Entlassung von Geisteskranken aus psychiatrischen Anstalten (geschlossene Fürsorge).

Wenn der Anstaltsdirektor meint, der Geisteszustand eines Kranken sei so gebessert, daß die Gefährlichkeit nicht mehr vorhanden ist, so entläßt er denselben ohne weiteres und meldet die Entlassung dem Staatsanwalt an. Dieses Verfahren nennt man

[4]) Falls der Anstaltsdirektor am Ende der Beobachtungszeit nicht imstande ist, eine Krankheitsdiagnose zu stellen, so stellt er eine Zustandsdiagnose (Symptomenkomplex bzw. Syndrom).

»vorläufige Entlassung« oder »Probeentlassung« (dimissione provvisoria o in via di prova). Dieselbe deckt sich mit der materiellen Entlassung der Person.

Wenn dagegen der Anstaltsdirektor meint, ein Kranker sei geheilt — sowohl im Falle, daß sich derselbe noch in der Anstalt als »endgültig untergebracht« befindet, wie auch im Falle, daß derselbe schon »vorläufig« d. h. materiell (s. o.) entlassen wurde — so muß er für die »endgültige Entlassung« sorgen, und zwar durch Gutachten an den Staatsanwalt. Auf Ersuchen des Staatsanwaltes berät dann der Gerichtshof, indem er das Urteil der »endgültigen Entlassung« (dimissione definitiva) fällt. Nach Zustellung des Gerichtsbeschlusses an den Anstaltsdirektor wird die Person — wenn dies nicht schon früher der Fall war (vorläufige Entlassung) — materiell entlassen.

Diese Unterscheidung zwischen vorläufiger und endgültiger Entlassung hat, nach Meinung des Gesetzgebers, den Zweck, die Wiederunterbringung der rückfälligen Kranken zu erleichtern. In der Tat kann, wer nur »vorläufig« (d. h. nicht »endgültig«) entlassen wurde, auf Grund eines einfachen Attestes immer wieder untergebracht werden. In demselben soll bloß die erneute Anstaltsbedürftigkeit bestätigt werden. In solchen Fällen gilt die Unterbringung in gesetzlichem Sinne als eine endgültige. Somit wird der Kranke keiner Beobachtungszeit unterzogen und der Anstaltsdirektor braucht dem Staatsanwalt kein Gutachten zu erstatten.

Vor keiner Entlassung wird es der Anstaltsdirektor versäumen, Erkundigungen über die Umgebung einzuziehen, in die der Kranke entlassen werden soll; er weiß ja, »daß die Gefährlichkeit eines Kranken, nicht allein in seiner Krankheit begründet liegt, sondern von dem Verhalten seiner Umgebung abhängig ist« *(Grimme)*. Besondere Bestimmungen darüber sind aber im Gesetze bzw. im Reglement nicht enthalten.

Im Reglement ist auch der (leider so häufige!) Fall vorgesehen, daß die Angehörigen auf die Entlassung eines objektiv noch anstaltsbedürftigen Kranken bestehen. In derartigen Fällen kann die Familie ein Gesuch an den Staatsanwalt richten (sog. Ansuchen um Familienpflege — richiesta per cura in famiglia). Der Gerichtshof berät dann auf Ersuchen des Staatsanwaltes, nachdem er genauere Erkundigungen über den Zustand des Kranken und über die Umgebungsverhältnisse (Ernsthaftigkeit, Sittlichkeit, wirtschaftliche Lage der Familie usw.) eingezogen hat. Wird die Entlassung vom Gerichtshofe verfügt, so wird der Kranke ohne weitere Veranlassung des Anstaltsdirektors entlassen (vorläufige Entlassung).

In keinem Falle kann der Kranke allein entlassen werden. Der Anstaltsdirektor ist verpflichtet, den Kranken bei der Entlassung seiner Familie (d. h. irgendeinem Mitgliede derselben) anzuvertrauen. Eine gesetzliche Verantwortung für den ent-

lassenen Kranken hat die Familie aber nicht. Sind keine Familienmitglieder vorhanden, oder weigern sich dieselben, den Kranken zu übernehmen, so wird derselbe der Polizeibehörde überwiesen, die einigermaßen für ihn sorgen soll.

Das Gesetz schreibt auch einen Katamnesendienst vor, der aber nur die »vorläufig« entlassenen Kranken betrifft. Die Familie dieser Entlassenen sollte jeden vierten Monat dem Anstaltsdirektor ein ärztliches Zeugnis über den Geisteszustand des ehemaligen Anstaltsinsassen senden. Leider ist aber diese Bestimmung vollkommen außer Gebrauch gekommen und zwar besonders deshalb, weil keine Strafen für die Übertreter derselben vorgesehen sind.

Geschäftsfähigkeit.

Wer in eine psychiatrische Anstalt (geschlossene Anstalt) endgültig untergebracht wird, wird gesetzlich eo ipso zwar nicht für geschäftsunfähig sondern für mindergeschäftsfähig gehalten, indem die Gültigkeit seiner Verträge infolge der Geisteskrankheit fraglich erscheint und er wegen der Freiheitsentziehung seine Angelegenheiten praktisch nicht besorgen kann [5]). Darum schreibt das Gesetz vor, es solle für jede bemittelte Person von der Behörde, welche die vorläufige Unterbringung verfügt, ein Vermögensverwalter (»custode dei beni«) bestellt werden. Dieser Verwalter soll »eifrig wie ein guter Familienvater« dafür sorgen, daß das Vermögen (Wohnung, Haustiere usw.) der in der Anstalt untergebrachten Person überwacht wird. Wenn dann die vorläufige Unterbringung zu einer endgültigen wird, bestellt der Gerichtshof einen »vorläufigen Pfleger« (»amministratore provvisorio«) dem die Verwaltung des Vermögens obliegt. Der endgültig untergebrachte Kranke befindet sich somit in einem besonderen Zustande von verminderter Geschäftsfähigkeit, der bis zur endgültigen Entlassung dauert.

Damit ist aber nicht gesagt, daß der Kranke, welchem ein vorläufiger Pfleger bestellt wurde, als absolut unfähig angesehen werden soll, Verträge selbständig abzuschließen. In solchen Fällen verlangt man aber ein Gutachten des Anstaltsdirektors, durch welches bestätigt wird, daß der Kranke fähig ist, den Wert und die Bedeutung des abzuschließenden Vertrages einzusehen. Ist das nicht der Fall und überschreitet der abzuschließende Vertrag die Zuständigkeit des »vorläufigen Pflegers«, so muß der Kranke entmündigt werden [6]).

Einrichtung des Dienstes in den psychiatrischen Anstalten.

Der Dienst jeder psychiatrischen Anstalt untersteht dem Direktor. Er muß mindestens eine vierjährige Fachausbildung hinter sich haben und wird durch öffentlichen Wettbewerb gewählt. Alle Bestimmungen, welche

---

[5]) Wie es allgemein anerkannt wird, decken sich die Begriffe »Anstaltsbedürftigkeit« und »Geschäftsunfähigkeit« nicht.

[6]) Das italienische bürgerliche Recht sieht zwei Arten Entmündigung je nach dem Grade der Geistesschwäche vor: die »interdizione« und die »inabilitazione«. Das Entmündigungsverfahren für die Insassen der psychiatrischen Anstalten vollzieht sich in der gleichen Weise wie für jeden anderen Geisteskranken.



die Krankenbewegung (Aufnahmen, Entlassungen), die Dienstordnung der Pfleger und die Einteilung des Dienstes im allgemeinen betreffen, sowie die Überwachung der wirtschaftlichen Verwaltung sind dem Anstaltsdirektor vorbehalten. Die übrigen Ärzte (Abteilungsvorstände, Assistenzärzte usw.) werden ebenfalls durch öffentlichen Wettbewerb gewählt und sind dem Anstaltsdirektor, was die Disziplin betrifft, unterworfen, sind aber für den klinischen Dienst in den eigenen Abteilungen selbständig, wenn auch, wie schon erörtert, jede Entscheidung über die endgültige Unterbringung und die vorläufige oder endgültige Entlassung dem Anstaltsdirektor vorbehalten bleibt. Was die Behandlung der Kranken in den psychiatrischen Anstalten betrifft, so ist der Arzt vollkommen frei. Das Gesetz empfiehlt bloß, die persönlichen Sicherungsmittel so weit wie möglich zu beschränken.

Über die Einrichtung des wirtschaftlichen Dienstes enthält das Gesetz kaum eine Bestimmung. Somit wird derselbe in den verschiedenen Anstalten verschieden eingerichtet.

Zuständigkeit der Fürsorgeauslagen.

Die Einrichtung des Fürsorgedienstes für die unbemittelten Geisteskranken und die betreffenden Ausgaben stehen den Verwaltungen der Provinzen zu. Dieselben können entweder über eine eigene psychiatrische Anstalt verfügen oder den Auftrag der Fürsorge für die eigenen Geisteskranken einer Wohltätigkeitsstiftung oder auch der Verwaltung einer benachbarten Provinz übergeben [7]). Jede öffentliche psychiatrische Anstalt hat somit einen geschlossenen Aufnahmebezirk, der von den Grenzen der Provinz bestimmt wird. Selbstverständlich sind nicht alle Insassen der öffentlichen psychiatrischen Anstalten unbemittelt. Von jenen (bzw. von den Familien derjenigen) die mehr oder weniger bemittelt sind, läßt sich die Provinzialverwaltung den ganzen Pensionspreis oder einen Teil derselben zurückerstatten.

Neben den öffentlichen Anstalten gibt es für Bemittelte eine große Zahl von Privatanstalten, die von der Provinzialverwaltung unabhängig sind. Die Krankenbewegung wird jedoch auch in diesen Anstalten in gleicher Weise durch das Irrengesetz geregelt.

Kontrolle und Überwachung durch die öffentlichen Behörden. — Maßnahmen gegen widergesetzliche Freiheitsberaubung.

Nach Ansicht des Gesetzgebers soll die Beobachtungszeit jede widerrechtliche Freiheitsberaubung verhindern, indem zunächst der Kranke während 15 oder 30 Tage von einem Anstaltsarzt beobachtet wird, der aber nicht mit dem einweisenden Arzt identisch sein darf, und indem — als doppelte Sicherung —

[7]) Die Geisteskranken haben somit eine Sonderstellung den anderen Kranken gegenüber, die, soweit sie unbemittelt sind, den Gemeindeverwaltungen zur Last fallen. Diese Sonderstellung der Geisteskranken ist dadurch gerechtfertigt, daß die Zahl dieser Kranken in den eigenen Gemeinden verhältnismäßig gering ist und somit die Einrichtung der Geisteskrankenfürsorge für die einzelne Gemeindeverwaltungen sich umständlich gestalten müßte.

die endgültige Unterbringung von den Gerichtsbehörden verfügt wird.

Diese Einmischung der Gerichtsbehörden ist — wie schon oben gesagt — in fast allen Fällen eine rein formelle, weil praktisch das Gutachten des Anstaltsdirektors vom Gerichtshofe so gut wie immer ohne direkte Kontrolle angenommen wird. Immerhin stellt die Teilnahme der Gerichtsbehörden am Verfahren der endgültigen Unterbringung eine Gewährleistung und eine Beruhigung sowohl für den Kranken (oder wenigstens für seine Angehörigen) wie für den Anstaltsdirektor dar.

Das Prinzip des Schutzes gegen die widerrechtliche Freiheitsberaubung findet im § 70 des Reglements folgenden Ausdruck: »jeder Bürger[8]) kann gegen eine für widerrechtlich gehaltene Unterbringung Einspruch erheben und verlangen, daß dieselbe aufgehoben wird. Das Gesuch kann sowohl dem betreffenden Anstaltsdirektor wie jeder anderen Behörde überreicht werden. Wer das Gesuch übernimmt, muß es sofort dem Staatsanwalt übergeben. Der Gerichtshof, nachdem er den Staatsanwalt und den Anstaltsdirektor befragt hat, entscheidet im Beratungssaal auf Grund der Erkundigungen und der Gutachten, die er für nötig hält . . . . [9]).« Freilich kommen fast alle derartigen Gesuche entweder von querulanten Kranken oder von Laien, die aus Mangel an Sachkenntnis nicht einsehen, daß der Geisteszustand eines Angehörigen krankhaft und gefährlich ist. Darum kommt es fast immer vor, daß der Staatsanwalt, der ein solches Gesuch empfängt, beim Anstaltsdirektor Informationen einzieht und sich mit diesen zufrieden gibt. In Ausnahmefällen bestellt er einen Sachverständigen, der unter den in der betreffenden Anstalt nicht tätigen Psychiatern ausgewählt wird.

Außer in diesem Falle ist keine Kontrolle, sowie keine direkte Überwachung des Betriebs der psychiatrischen Anstalten durch die Gerichtsbehörde vorgeschrieben.

Hingegen übt die Staatsbehörde eine direkte doppelte Überwachung aus, und zwar eine technische (durch eine Überwachungskommission, die wenigstens einmal im Jahre jede Anstalt besucht), und eine verwaltungsmäßige Überwachung (durch ein spezielles Amt, das alle öffentlichen Stiftungen kontrolliert).

Offene Fürsorge — Heterofamiliäre Fürsorge.

Wie schon bemerkt, mit nur zwei Ausnahmen beziehen sich Gesetz und Reglement auf die geschlossene Fürsorge. Diese Aus-

---

[8]) d. h. auch die Anstaltsinsassen selbst.

[9]) Es werden in diesem Paragraphen auch Geldstrafen für die Behörden vorgesehen, die es unterlassen, das empfangene Gesuch dem Staatsanwalt zu überreichen.

nahmen bilden erstens einige Paragraphen über Anstalten für ungefährliche Geisteskranke, ohne aber eingehende Maßnahmen vorzuschreiben; zweitens regeln einige Vorschriften die offene Fürsorge, die aber bisher aus Mangel an Tradition und Erfahrung wenig angewandt wurden. Die ungefährlichen Geisteskranken werden meistens in der Familie behalten oder in Anstalten für Geistesschwache, in Altersheimen usw. aufgenommen; die gefährlichen dagegen werden in den geschlossenen Anstalten untergebracht.

Kriminelle Geisteskranke.

Das Gesetz und das Reglement enthalten auch Bestimmungen für die Untersuchungsgefangenen und für die wegen Geisteskrankheit freigesprochenen Verbrecher, falls dieselben als gefährliche Geisteskranke in den gewöhnlichen (öffentlichen) psychiatrischen Anstalten untergebracht werden. Durch das Strafgesetzbuch (»Codice penale«) und die Strafprozeßordnung (»Codice di procedura penale«) von 1930 (sogenannte »Codici Mussolini-Rocco«) sind diese älteren Bestimmungen aufgehoben worden.

Die neuen Gesetzbücher bestimmen, daß der Angeklagte, der sich in Untersuchungshaft befindet und einer psychiatrischen Begutachtung unterzogen werden soll, nach einer psychiatrischen Anstalt — und vorzugsweise nach einer gerichtspsychiatrischen Anstalt (s. w.) — überführt wird, falls eine Anstaltsbeobachtung notwendig ist. Für die wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochenen Verbrecher schreiben die Gesetzbücher Mussolini-Rocco vor, daß sie alle — mit Ausnahme derjenigen, die wegen sehr geringfügiger Verbrechen verurteilt worden sind — in eine gerichtspsychiatrische Anstalt überführt werden und zwar für eine Zeitdauer, deren Mindestmaß je nach der Schwere des begangenen Verbrechens bestimmt wird und praktisch so lange wie die Gefährlichkeit des Verbrechers dauert. Die Entscheidung darüber, ob der Verbrecher nicht mehr als gefährlich anzusehen ist, muß von einem hierzu bestimmten Richter (Überwachungsrichter — »Giudice di sorveglianza«) getroffen werden, der die Meinung des Leiters der gerichtspsychiatrischen Anstalt anzuhören hat.

Es scheint, daß eine solche Bestimmung Ähnlichkeit mit dem § 56 des Entwurfes eines allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches hat, in welchem dem Richter das Recht gegeben wird, den wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochenen sowie den wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit milder bestraften Verbrecher in einer psychiatrischen Anstalt unterzubringen, »wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert« (*Schultze*, Neues Strafrecht.... S. 349). Inzwischen ist — wie bekannt — eine solche Bestimmung

vom »Gesetze gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung« (Art. 2) im bestehenden deutschen Strafgesetzbuche (§ 42a, § 42b) eingesetzt worden. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den in Frage stehenden Bestimmungen besteht aber darin, daß nach dem italienischen Strafgesetzbuche die Gefährlichkeit eines wegen Geisteskrankheit unzurechnungsfähigen Verbrechers ex lege angenommen wird, indem nach dem deutschen Strafgesetzentwurfe dieselbe je nach Ermessen des Richters angenommen wird oder nicht. Es liegt auf der Hand, daß sich der Begriff »Gefährlichkeit« nach dem italienischen Irrengesetze mit demselben Begriffe im strafrechtlichen Sinne nicht deckt. Nach dem Strafgesetzbuche bedeutet das Wort Gefährlichkeit in dem hier erörterten Sinne eine (mutmaßliche) Neigung zum Verbrechen, die auf eine krankhafte Geistesbeschaffenheit zurückzuführen ist.

Die gerichtspsychiatrischen Anstalten (»Manicomii giudiziarii«), die staatlich sind und für die besondere Vorschriften gelten, sollen folgende Personen aufnehmen: a) die wegen Zurechnungsunfähigkeit exculpierten Verbrecher; b) die wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit minder bestraften Verbrecher[10]); c) die Verurteilten, die nach der Verurteilung als geisteskrank erkannt wurden. Solche Anstalten sind vielleicht mit den »Heil- und Pflegeanstalten für kriminelle Geisteskranke« zu vergleichen, die in Sachsen gegründet wurden und von denen das Institut von Waldheim (s. *Kayser*, Die Unterbringung ...) ein Beispiel darstellt. Die italienischen gerichtspsychiatrischen Anstalten gelten unter den sogenannten »Sicherungsmaßregeln« (»misure di sicurezza«). Die Insassen dieser Anstalten sind — wie oben gesagt — alle kriminelle Geisteskranke, deren Neigung zum Verbrechen schon durch Tat bewiesen wurde.

De lege condenda.

Allgemeines.

Das bestehende italienische Irrengesetz, das schon seit mehr als dreißig Jahren in Kraft ist, hat sich in der Praxis als verhältnismäßig gut erwiesen, weil der Hauptzweck jedes Irrengesetzes — die Fürsorge für die gefährlichen Geisteskranken — immer unter guten Umständen erreicht und die persönliche Freiheit stets von der Gefahr der widergesetzlichen Freiheitsberaubung bewahrt wurde.

---

[10]) Im Gegensatz zu den völlig exculpierten Verbrechern, wird die Gefährlichkeit der vermindert zurechnungsfähigen nicht ex lege, sondern nach Ermessen des Richters angenommen. Ist das der Fall, so werden diese erst nach Ablauf ihrer Strafzeit einer gerichtspsychiatrischen Anstalt überwiesen.



Dennoch muß man zugeben, daß das Gesetz, außer kleineren Fehlern der Zusammenstellung (Wiederholungen, Widersprüche, terminologische Ungenauigkeiten usw.), zwei große Mängel aufweist und zwar: 1. Normen für die Krankenbewegung (Aufnahmen, Entlassungen usw.) aufzustellen, die im Grunde genommen wenig zweckmäßig sind, wie ich jetzt zeigen werde; 2. Sich nur mit der geschlossenen Fürsorge (d. h. Fürsorge für gefährliche Geisteskranke) zu befassen, fast vollständig die offene Fürsorge außer Acht lassend. Dieser Leitgedanke war nur solange gerechtfertigt als man — in einem gewissen Gegensatz zu heute — die Allgemeinheit vor den Kranken schützen, nicht aber vor allem die Kranken behandeln wollte.

Es ist selbstverständlich, daß ein neues Gesetz auf den Prinzipien einer modernen psychischen Hygiene basiert werden muß. Darüber herrscht unter den Sachverständigen eine Meinung; verschieden sind jedoch die Ansichten über die Art, in der diese Prinzipien ihre Anwendung in der Praxis finden sollen. Man muß noch hinzufügen, daß ein neues Irrengesetz auch deshalb notwendig geworden ist, weil in den letzten Jahren das neue Strafgesetzbuch und das Gesetz der öffentlichen Sicherheit[11]) erschienen sind, die mehr oder weniger direkt Hinweise auf das Irrenwesen enthalten, wodurch das noch geltende Irrengesetz als veraltet erscheinen muß.

Zur Zeit besteht das Schema des neuen Irrengesetzes aus einem Gesetzentwurfe, der im Jahre 1925 von einer Ministerialkommission (Abfasser *Baroncini*) vorgelegt wurde. Diesem Entwurfe wurden im Jahre 1934 noch zwei weitere hinzugefügt, der eine von *Pellacani* und *Tumiati*, der andere von *Pieraccini*. In einer Versammlung, die im Dezember 1933 in Florenz von einer speziell berufenen Kommission von fünfzehn Psychiatern (sogenannte Kommission der fünfzehn — »Commissione dei quindici«) abgehalten wurde, sind Meinungen ausgetauscht worden um festzustellen, welche Gesichtspunkte die italienischen Psychiater in der neuen Gesetzgebung gerne verankert sehen möchten. Ich werde versuchen, die reformatorischen Tendenzen darzustellen, indem ich der Diskussion vor der genannten Kommission folgen werde.

---

[11]) Das neue Strafgesetzbuch und die angegliederte Strafprozeßordnung (sog. »Codici Mussolini-Rocco« oder »Codici penali del 1930«) sind am 1. Juli 1931 in Kraft getreten. Unter gleichem Datum ist das neue Gesetz der öffentlichen Sicherheit (»Testo unico delle leggi di Pubblica Sicurezza« vom 18. Juni 1931) in Kraft getreten, indem das vorige (von 1926) widerrufen wurde.

Unterbringung von Geisteskranken in psychiatrischen Anstalten (geschlossene Fürsorge).

Der Hauptpunkt des neuen Gesetzes — wie überhaupt jedes Irrengesetzes — bezieht sich natürlich auf die Regelung der »Krankenbewegung«, d. h. auf die Bedingungen, unter welchen eine Person in eine psychiatrische Anstalt gegen Willen eingeliefert, gehalten und entlassen werden kann.

Was die Bedingungen der Unterbringung anbetrifft, so ist der Gedanke aufgeworfen worden, dem Aufenthalt in der psychiatrischen Anstalt den Charakter der gerichtlichen oder polizeilichen Maßnahme völlig zu nehmen und ihn der Aufnahme in ein gewöhnliches Krankenhaus anzugleichen. Dies hätte den Vorteil, die psychiatrische Anstalt in den Augen des Publikums mehr und mehr den allgemeinen Krankenanstalten gleich zu machen, sowie den wesentlichen Unterschied zwischen psychischer und somatischer Krankheit fallen zu lassen. Wir wissen sehr wohl, daß das Vorurteil des Publikums gegenüber dem Geisteskranken eines der schwersten Mißstände ist, die den Psychiater in seiner Tätigkeit bedrängen.

Aber dieser Vorschlag ist von der großen Mehrzahl der Psychiater und von sämtlichen Juristen zurückgewiesen worden. Es wird eingewendet: Warum sollte der Psychiater als Anstaltsarzt, im Gegensatz zu jedem anderen Bürger, das Recht haben, eine Person ihrer Freiheit zu berauben und sie zu zwingen, sich gegen ihren eigenen Willen in Pflege zu begeben, nur mit der einzigen Begründung, eine bestimmte Diagnose gestellt zu haben, die Diagnose der Gefährlichkeit? Ein Arzt kann seiner selbst sehr sicher sein und völliges Vertrauen zu der eigenen moralischen Unantastbarkeit haben, aber er kann nicht verlangen, daß seine Unfehlbarkeit und Korrektheit als gesetzlich mutmaßliche Tatsachen angesehen und von einem Gesetz sanktioniert werden. Andererseits, warum sollte gerade der Psychiater wünschen, auf den Schutz zu verzichten, den ihm der Richter mit der Bestätigung der Aufnahme gibt? In der Praxis sind die Entscheidungen, die der Anstaltsarzt über die Krankenbewegung treffen muß, zwar sehr einfache und alltägliche Angelegenheiten, die ihm in der Regel keine übermäßige Sorge bereiten. In Wirklichkeit aber muß man bekennen, daß das Gesetz nur mit einer gewissen Würde und mit großem Ernst die Freiheitsberaubung einer Person ansehen kann.

Wenn man auch die Grenzen der offenen Fürsorge sehr weit ziehen will, wird doch immer eine gewisse Anzahl von Geisteskranken vorhanden sein, die man aus Mangel an Krankheitseinsicht oder wegen des starrköpfigen Widerspruches der eigenen Familie (oder einzelner Familienglieder) in geschlossenen Anstalten bzw. Abteilungen zwingend wird unterbringen müssen.

Nun entspricht es den allgemeinen Richtlinien des Rechtes, daß eine solche Zwangsmaßnahme von einer gerichtlichen bzw. polizeilichen Behörde und nicht von einem Arzte angeordnet werden muß[12]). In der Tat ist die Mehrzahl der italienischen Psychiater der Meinung, daß der gerichtliche Charakter der endgültigen Unterbringung bewahrt und höchstens der vorläufigen (Beobachtungszeit) genommen werden muß[13]). Die Beobachtungszeit stellt ja einen relativ beschränkten Zeitraum, sodaß die Folgen einer widerrechtlichen Freiheitsberaubung während derselben verhältnismäßig gering sind. Zudem wird das Eingreifen des Gerichtshofes bei dem Verfahren der endgültigen Unterbringung vom Publikum lieber angenommen als jenes der gerichtlichen oder der polizeilichen Behörden bei der vorläufigen Unterbringung, für die im allgemeinen von den Familienangehörigen direkt gesorgt werden muß.

Wenn man aber auch so der vorläufigen wie der endgültigen Unterbringung den gerichtlichen Charakter bewahren will, so könnte man die Unterbringungsbedingungen milder machen. In der Tat wird von einigen Psychiatern verlangt, daß die vorläufige Unterbringung in ganz besonderen Fällen ohne Einschreiten der Behörden erfolgen kann. Erstens sollte das für die Kranken der Fall sein, die freiwillig erklären, untergebracht werden zu wünschen. Eine solche Bestimmung besteht heute schon und wird gegen keinen Widerstand stoßen, da sie schon in vielen Irrengesetzen bzw. Irrengesetzentwürfen angenommen wurde und da es von allen Psychiatern und Juristen anerkannt wird, daß ein Geisteskranker Krankheitseinsicht haben und darum die Anstaltsunterbringung wünschen kann. Zweitens wären nach der Meinung einiger Psychiater unter Umständen ohne Einschreiten der gerichtlichen bzw. polizeilichen Behörden gewisse Geisteskranke aufzunehmen, für die von »freiwilliger« Unterbringung gar nicht die Rede ist.

Im Gesetzentwurfe von *Baroncini* ist in der Tat bestimmt, daß auch solche Kranken ohne besondere Formalitäten aufgenommen werden können, »die direkt nach der Anstalt in derartigen Erregungszuständen oder Zuständen von Bewußtseinstrübung geführt werden, daß anzunehmen ist, daß sie geisteskrank und anstaltsbedürftig sind«. Im Gesetzentwurfe von *Pieraccini* ist dagegen gesagt, daß auch »jene Geisteskranken

---

12) »Die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt bedeutet einen so erheblichen Eingriff in die persönliche Freiheit, daß die Notwendigkeit einer Sicherung von den meisten Sachverständigen betont wird.« (*Schultze*, Irrenrechtliche Fragen. S. 712).

13) Nach dem belgischen Irrengesetzentwurfe wird jeder vorläufigen Unterbringung der gerichtlichen Charakter genommen.

ohne Dokumente aufgenommen werden können, die direkt nach der Anstalt mit einem ärztlichen Zeugnis, aber ohne Unterbringungsauftrag der Polizei, geführt werden und dem Anstaltsdirektor psychisch so erregt oder beeinträchtigt erscheinen, daß eine Geisteskrankheit und eine dringende Anstaltsbedürftigkeit anzunehmen sind«.

Es ist aber vorauszusehen, daß der Vorschlag derartiger Vorschriften — die jedenfalls nur in Ausnahmefällen anzuwenden wären — auf den Widerstand vieler Juristen und auch mancher Psychiater stoßen wird. Die Anstaltsärzte (und die Anstaltsdirektoren insbesondere) werden erwägen, wie schwer und verantwortungsvoll es ist, nach einer kurzen und relativ oberflächlichen Untersuchung das Urteil zu fällen, ob jemand wegen Geisteskrankheit (besser gesagt: wegen Gefährlichkeit infolge Geisteskrankheit) anstaltsbedürftig ist oder nicht.

Ein solches Urteil kann leicht Anlaß zu äußerst unangenehmen Reibungen zwischen Anstaltsdirektor, Familienangehörigen des Kranken, behandelndem Arzte usw. geben und wird dazu den Anstaltsdirektor einer schweren Verantwortung aussetzen, wenn er sich über das Vorliegen der Gefährlichkeit irrt und infolgedessen eine ungefährliche Person aufnimmt oder die Aufnahme einer gefährlichen verweigert. Im zweiten Falle wäre die Verantwortung besonders groß.

Es ist ferner eine sehr verbreitete Neigung vorhanden, die ungerechtfertigte Unterscheidung zwischen gewöhnlicher und dringlicher Unterbringung abzuschaffen *(Pieraccini)*. Wenn man den Grundsatz beibehalten will — wie man logischerweise sollte — daß nur derjenige in einer geschlossenen Anstalt untergebracht werden kann, der wegen Geisteskrankheit als »gefährlich« (gegenwärtige und nicht potentielle, d. h. diagnostizierbare und nicht prognostizierbare Gefährlichkeit) anzusehen ist, so fragt es sich, welcher Unterschied zwischen dringender und nicht dringender Anstaltsbedürftigkeit besteht. Wenn sich eine Person schon im Augenblick der Abfassung des ärztlichen Attestes in einer seelischen Verfassung befindet, die ihn fähig macht, gefährliche Handlungen zu begehen, wie kann man behaupten, daß deren Unterbringung um fünfzehn Tage verschoben werden kann? In anderen Worten, wenn das verwickelte Verfahren, das jetzt für die gewöhnliche Unterbringung vorgeschrieben ist, tatsächlich zum Ergebnis hat, die Person vor der Gefahr der widerrechtlichen Freiheitsberaubung zu schützen, wie kann man auf ein solches Verfahren für die Kranken verzichten, deren Anstaltsbedürftigkeit als dringend erscheint? Haben vielleicht letztere im Verhältnis zu den anderen einen geringeren Anspruch auf Garantien gegen die widerrechtliche Freiheitsberaubung? Das bedeutet soviel wie: Wenn für die dringenden Fälle als genügende Garantie

betrachtet wird, daß die Polizeibehörde auf Grund des ärztlichen Attestes und der Erkundigungen, die sie immer einziehen kann, die Notwendigkeit der Unterbringung anerkennt, warum sollte diese Garantie für die nicht dringenden Fälle ungenügend erscheinen? Außerdem hat das Verfahren der gewöhnlichen Unterbringung, wie es jetzt besteht, den Nachteil, daß das Attest eines Arztes und das Geschwätz von durchaus inkompetenten Hausnachbaren auf eine gleiche Basis gestellt werden.

Eigentlich ist schon jetzt die gewöhnliche Unterbringung außer Gebrauch gekommen und die Kranken, die unter diesem Verfahren in die psychiatrischen Anstalten aufgenommen werden, stellen Ausnahmen dar, während fast alle Kranken unter dem Verfahren der dringlichen Unterbringung aufgenommen werden. Dies ist auch ein Beweis, daß der Unterschied zwischen den zwei Arten Unterbringung prinzipiell wie praktisch keine Daseinsberechtigung hat.

Schließlich kann man vermuten, daß die Aufnahmevorschriften für die geschlossene Fürsorge im neuen Gesetze folgenderweise formuliert werden:

a) Freie (d. h. nach Ermessen des Anstaltsdirektors bzw. des dazu berufenen Anstaltsarztes) Aufnahme für die Kranken, die aufgenommen zu werden wünschen, und in Ausnahmefällen vielleicht auch für diejenigen, die sehr deutliche Krankheitserscheinungen und Zeichen dringender Anstaltsbedürftigkeit aufweisen[14]).

b) Aufnahme nach Anordnung der richterlichen oder der polizeilichen Behörde und auf Grund eines ärztlichen Attestes (ohne Aussagen von Zeugen) für alle anderen Kranke, d. h. für die Kranken, deren Gefährlichkeit so wenig augenfällig ist, daß sie mit einer einzigen und kurzen Untersuchung durch den aufnehmenden Anstaltsarzt nicht festgestellt werden kann, sowie für die Kranken im allgemeinen, die sich weigern, in die Anstalt aufgenommen zu werden.

In jedem Falle wird die »vorläufige Unterbringung« (die sich selbstverständlich mit der materiellen Unterbringung der Person deckt) dem Staatsanwalte vom Anstaltsdirektor gemeldet werden müssen. Letzterer wird dann am Ende der »Beobachtungszeit« (d. h. nach Verlauf von 15 und in besonders schweren Fällen 30 Tagen nach der vorläufigen Unterbringung) dem Staatsanwalte ein Gutachten mit der Erklärung abgeben, ob die Person tatsächlich anstaltsbedürftig ist oder nicht. Auf Ersuchen des Staatsanwaltes wird dann der Gerichtshof nach dem schon heute üblichen Verfahren das Urteil fällen. Die Beobachtungszeit und die Unter-

[14]) Für letzte könnte man etwa ein Attest des behandelnden Arztes verlangen.

scheidung zwischen vorläufiger und endgültiger Unterbringung, die sich als vorteilhaft erwiesen haben, werden somit — wie schon oben angedeutet — auch im neuen Gesetze beizubehalten sein. Man darf wohl sagen, daß die Unterbringungsbedingungen des geltenden italienischen Irrengesetzes verhältnismäßig mild sind im Vergleich mit jenen anderer Gesetze bzw. Gesetzentwürfe. Die Bestimmungen über die Beobachtungszeit haben das Verdienst, daß jede irrtümlicherweise oder in böser Absicht durchgeführte Unterbringung nicht länger als 15 oder 30 Tage dauern kann, da sie nach diesem Zeitraum durch das Gutachten des Anstaltsdirektors und der entsprechenden Entscheidung des Gerichtshofes aufgehoben wird.

Ausnahmlose Bedingung für die Unterbringung in eine geschlossene Anstalt (bzw. Abteilung) wird jedoch immer sein, daß die Person eine durch Geisteskrankheit bedingte Gefährlichkeit aufweist (Gefährlichkeit in weiterem Sinne), ganz gleich, ob sie sich darüber selbst klar ist oder nicht[15]).

Es soll der Vorschlag von *Pieraccini* erörtert werden, der die Beobachtungszeit auf sechzig oder neunzig Tage für die Kranken ansetzen will, die nach dem Verfahren der freiwilligen Unterbringung aufgenommen werden. Das würde gestatten, viele dieser Kranken zu entlassen, bevor sie »endgültig« aufgenommen werden. *Pieraccini*'s Vorschlag wäre durch die Erwägung gerechtfertigt, daß, wer freiwillig aufgenommen wird, nicht befürchten muß, der eigenen Freiheit beraubt zu werden, und ferner, daß gerade bei den Kranken, die ein gewisses Krankheitsgefühl haben und darum den Aufenthalt in der Anstalt wünschen, eine rasche Genesung oder wenigstens eine die Entlassung gestattende Besserung einzutreten pflegt. Solche Kranke würden sich somit in einer Lage befinden, die mit jener der Insassen der »offenen« Abteilungen viel gemeinsames hat, indem ihnen die gerichtlichen Folgen der »Internierung« für sechzig oder neunzig Tage erspart wären. Übrigens ist es schon jetzt üblich für die Kranken, deren Entlassung (d. h. Aufhören der Gefährlichkeit) bald zu erwarten ist, den Staatsanwalt zu ersuchen, die Beobachtungszeit auf drei-

---

[15]) Der Begriff der »Gefährlichkeit« wird voraussichtlich im neuen Gesetze genau so wie in dem heute geltenden (s. o.) ausgelegt werden. Es sei daran erinnert, daß *Schultze* über Gemeingefährlichkeit im Sinne des Irrengesetzes ausführt: »Gemeingefährlichkeit in dem hier erörterten Sinne ist kein strafrechtlicher Begriff, noch viel weniger, wie ich nicht auseinanderzusetzen brauche, ein ärztlicher oder klinischer, sondern ein Begriff rein polizeilicher oder verwaltungsrechtlicher Natur« (Über Gemeingefährlichkeit . . . . S. 10). Ein anderer deutscher Autor schreibt über die Gemeingefährlichkeit: »Wir Mediziner wissen, wie heikel diese Begriffsbestimmung ist, zumal die Gemeingefährlichkeit nicht allein von den Kranken, sondern von der Umgebung abhängt.« (*Grimme*, Die Änderung ... S. 3).

ßig Tage zu verlängern und sie dann dreißig Tage nach der vorläufigen Unterbringung zu entlassen, statt sie »endgültig« aufnehmen zu lassen.

Entlassung von Geisteskranken aus psychiatrischen Anstalten (Geschlossene Fürsorge).

Über die Entlassungsbestimmungen herrschen zwei Richtungen vor: die eine will die z. Zeit bestehende Unterscheidung zwischen vorläufiger und endgültiger Entlassung im wesentlichen bestehen lassen, die andere diese Unterscheidung aufheben und die Entlassungsbestimmungen vereinfachen.

Die zur Zeit bestehenden Entlassungsbedingungen haben zur Folge, daß eine Person, die einmal »vorläufig« entlassen worden ist — und dies trifft für die Mehrzahl der Fälle zu — von dem Gesetze immer als ein Geisteskranker (wenn auch als ein ungefährlicher Geisteskranker) betrachtet wird, und immer wieder selbst viele Jahre später in eine psychiatrische Anstalt untergebracht werden kann, wenn man nur ein ärztliches Attest vorlegt, in dem die erneuerte Gefährlichkeit attestiert wird. Um diesem Zustande ein Ende zu machen, verlangt man, daß jemand — es kann auch der Betreffende selbst sein — die »endgültige« Entlassung beantragt. Es lag offensichtlich nicht in der Absicht des Gesetzgebers — der immer als Ziel des Irrengesetzes den Schutz vor der widerrechtlichen persönlichen Freiheitsentziehung vor Augen gehabt hat — daß eine einmal attestierte Geisteskrankheit für das ganze Leben Geltung haben solle.

Außerdem hat die genannte Unterscheidung den Nachteil, daß öfters ein ehemaliger Insasse einer psychiatrischen Anstalt, der »vorläufig« entlassen worden war, sich lange Zeit nach der Entlassung dem Anstaltsdirektor vorstellt, um als »endgültig entlassen« (d. h. geheilt) erklärt zu werden. In diesem Falle müßte der Anstaltsdirektor dem Staatsanwalte ein Gutachten erstatten, indem er den ehemaligen Insassen als geheilt erklärt. Das ist auf Grund einer einmaliger Untersuchung bekanntlich oft unmöglich. Die Sache ist noch schwieriger, wenn sich der ehemalige Insasse dem Anstaltsdirektor persönlich nicht vorstellen kann. Die Lage, in der sich der Anstaltsdirektor bei solchen Angelegenheiten befindet, ist sehr lästig, und noch peinlicher ist jene des »vorläufig entlassenen Geisteskranken«, der weder Arbeit finden kann, noch Verträge usw. schließen darf, ohne Gefahr zu laufen, daß letztere wegen Geisteskrankheit angefochten werden. Man denke, daß die Angabe über eine frühere Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt in das Leumundszeugnis aufgenommen werden muß.

Es wäre also sehr wünschenswert, daß jede Entlassung aus psychiatrischen Anstalten unter der Form der »endgültigen« Entlassung erfolgt, sodaß die Entlassenen keine Verbindung mit der

Anstalt mehr hätten, in der sie einmal untergebracht waren. Schon heute eigentlich entläßt mancher Anstaltsdirektor seine Kranken nur »endgültig«, statt »vorläufig«, d. h. daß er im Gutachten an den Staatsanwalt den Kranken als »geheilt« statt »gebessert« erklärt. Die Leichtigkeit des Unterbringungsverfahrens im neuen Gesetze wird überdies so groß sein, daß die Notwendigkeit besonderer Bestimmungen für Rückfällige im Vergleich zu Neuaufnahmen nicht mehr bestehen wird. Der Anstaltsdirektor wird immer geneigt sein, den ihm schon bekannten rückfälligen Kranken wiederaufzunehmen, wenn derselbe freiwillig wieder zur Aufnahme kommt oder mit deutlichen Zeichen von Geisteskrankheit mit Gefährlichkeit der Anstalt zugeführt wird.

Es ist auch anzunehmen, daß im neuen Gesetze die gegenwärtige Bestimmung beibehalten werden wird, nach der die Familienangehörigen, die auf die Entlassung eines noch gefährlichen Patienten drängen, ein »Gesuch um Familienpflege« an den Staatsanwalt richten können (s. o.). In der Tat hat sich diese Bestimmung in der Praxis als gut erwiesen, weil sie den Anstaltsdirektor häufig von einer schwierigen Verantwortung entlastet, wenn er einer Bitte um Entlassung zögernd gegenübersteht, weil er Zweifel über die Verhältnisse der Umgebung hegt, in der sich der Patient nach der Entlassung befinden wird.

Offene Anstaltsfürsorge.

Das neue Gesetz wird sich von dem heute geltenden besonders dadurch unterscheiden, daß es auch Bestimmungen über die offene Anstaltsfürsorge enthalten wird, indem es den öffentlichen Verwaltungen vorschreiben wird, sich auch um solche Geisteskranke zu kümmern, die nicht gefährlich und darum nicht in geschlossenen Anstalten unterzubringen sind. Wenn auch Einstimmigkeit über die Notwendigkeit einer solchen offenen Fürsorge herrscht, so sind doch die Meinungen über die Form, die dieser Fürsorge zu geben ist, geteilt. Wie man bei der Psychiaterversammlung in Florenz feststellen konnte, gibt es unter den Fachleuten zwei Hauptströmungen, deren eine von *Baroncini* (Imola) und die andere von *Pieraccini* (Arezzo) vertreten wird.

Baroncini möchte die Einrichtung von Abteilungen für ungefährliche Geisteskranke und für Nervenkranke im allgemeinen (offene Abteilungen) durch die Provinzialverwaltungen als fakultativ betrachten. Diese Abteilungen könnten auch Teile der jetzt schon bestehenden psychiatrischen Anstalten darstellen. Es wäre übereilt und schwer ausführbar, heute schon durch Gesetz die offene Anstaltsfürsorge für Geisteskranke obligatorisch zu machen. Die Fürsorge für Nervenkranke sei ohnehin nicht Aufgabe eines Irrengesetzes sondern anderer Gesetze.

Pieraccini dagegen ist der Meinung, daß die offene Anstalts-

fürsorge für Geisteskranke durch Gesetz obligatorisch sein sollte, daß aber die Bezeichnung »offene Abteilungen« (bzw. Anstalten) zu vermeiden wäre, weil dort, wo Abteilungen beständen, die sich durch das Beiwort »offen« unterschieden, der Charakter der »geschlossenen« Abteilungen sich verschärfen würde. Der Erfolg wäre, daß die Kranken in den »geschlossenen« Abteilungen bei den Laien als noch minderwertiger gelten würden als sie es heute sind. Außerdem würde die Bezeichnung »offen« in vielen Fällen eine Lüge sein, da es sich sicher nicht selten ereignen würde, daß Personen, die als ungefährliche Kranke in die offenen Abteilungen aufgenommen worden sind, sich später als gefährlich erweisen, sodaß der Anstaltsdirektor dafür sorgen müßte, sie in eine geschlossene Abteilung zu überführen. Eine solche Maßnahme würde in der Tat nicht nur vom Verstand, sondern auch von den geltenden Polizeivorschriften (Gesetz der öffentlichen Sicherheit) verlangt[16]). Die Freiheit der Kranken, die in offenen Abteilungen (bzw. Anstalten) aufgenommen wurden, würde in solchen Fällen demnach illusorisch werden.

Pieraccini sieht die Lösung des Problems in der Errichtung eines »neuropsychiatrischen Krankenhauses« in jeder Provinz, in welchem »psychiatrische« Abteilungen (d. h. geschlossene Abteilungen für gefährliche Geisteskranke) und »neurologische« Abteilungen (d. h. offene Abteilungen für ungefährliche Geisteskranke sowie für geistesgesunde Nervenkranke) errichtet würden. Die Pflegekosten für die geistesgesunden Nervenkranken, die weiterhin den Gemeindeverwaltungen zur Last fallen sollten, würden von denselben an die Provinzialverwaltungen zurückerstattet. Die von *Pieraccini* vorgeschlagene Lösung des Problems hätte auch den großen Vorteil, das Vorurteil der Laien gegen die »Verrückten« und das »Irrenhaus« zu vermindern. Wenn sich die Leute daran gewöhnen würden, daß Nervenkranke (z. B. ein Ischiaskranker) in das »Neuropsychiatrische Krankenhaus« aufgenommen werden, so würden sie diese Art Krankenhaus mit den gewöhnlichen Krankenhäusern auf eine Linie stellen[17]). Die Vorteile eines solchen von *Pieraccini* vorgeschlagenen neurologisch-

---

[16]) Es sei hervorgehoben, daß das Gesetz der öffentlichen Sicherheit vorschreibt, daß jeder praktizierende Arzt dazu verpflichtet ist, den gefährlichen Geisteskranken, der unter seine Beobachtung gerät, der Polizeibehörde innerst zwei Tagen anzuzeigen. Die Polizeibehörde ist verpflichtet für die sofortige Unterbringung des Kranken in eine psychiatrische Anstalt zu sorgen.

[17]) Man braucht nicht besonders zu betonen, daß die Krankenbewegung so in den offenen fakultativen Abteilungen, wie sie *Baroncini* vorschreibt, wie in den neurologischen obligatorischen, wie sie *Pieraccini* will, sich ohne jede Formalität seitens der gerichtlichen oder der polizeilichen Behörden vollziehen würde.

psychiatrischen Krankenhauses gegenüber der gewöhnlichen psychiatrischen (d. h. geschlossenen) Anstalt sind offensichtlich besonders psychologischer Art, aber darum nicht weniger wichtig.

In der Erwartung und in der Hoffnung, daß sein Vorschlag im neuen Gesetze angenommen werde, hat ihn *Pieraccini* in der psychiatrischen Anstalt Arezzo (deren Direktor er ist) bereits in die Praxis umgesetzt, indem er die Anstalt, dank dem Entgegenkommen der betreffenden Provinzialverwaltung, in eine »neuropsychiatrische« Anstalt umwandelte. Die Umwandlung harmoniert mit dem geltenden Gesetze durchaus, da dieses die Existenz von ungefährlichen Geisteskranken fast völlig ignoriert, aber nicht verbietet, für sie zu sorgen.

Eine besondere Art offener Anstaltsfürsorge, die schon in einigen Provinzen (Turin, Bologna, Triest u. a.) durch private Initiative in die Praxis umgesetzt worden ist, ist die der sogenannten »Häuser für Irrenhausentlassene« (Case per dimessi dai manicomii). Es handelt sich um Fürsorgestiftungen meist barmherziger Natur für Personen, die von psychiatrischen Anstalten als ungefährlich entlassen wurden, die aber aus besonderen Umständen (Geistesschwäche, besondere Familienverhältnisse und dergleichen) ein freies unabhängiges Leben nicht führen können. Auch diese Stiftungen werden vom geltenden Gesetze ignoriert.

Mit der Einsetzung der offenen Fürsorge in allen Provinzen — in welcher Weise diese auch eingerichtet werden mag — wird es nicht mehr vorkommen — wie es heutzutage leider der Fall ist — daß ganz harmlose Kranke, die nur infolge ihrer Unordentlichkeit und Unreinlichkeit der Umgebung lästig fallen, als im gesetzlichen Sinne gefährlich angesehen werden müssen, um sie in einer psychiatrischen Anstalt unterbringen zu können, weil das Gesetz nicht in genügendem Maße für die Unterbringung und Pflege der ungefährlichen Geisteskranken Sorge trägt.

Spezialisierung der Anstalten

Eine weitere strittige Frage ist folgende: soll man Anstalten für chronische und ruhige Geisteskranke (Alkoholiker, Frenasteniker usw.) unabhängig von den gewöhnlichen Anstalten für akute Geisteskranke errichten? Im allgemeinen überwiegt in Italien die Meinung, daß die Spezialisierung der psychiatrischen Anstalten vom klinischen Gesichtspunkte gewisse Vorteile bietet, die aber durch die entstehenden größeren Kosten nicht gerechtfertigt sind, und darum raten Betrachtungen ökonomischer Art eher an, wenige große und verschiedene Krankenkategorien aufnehmende Anstalten einzurichten. Die Einteilung der Kranken nach dem klinischen Bilde kann immer in den verschiedenen Abteilungen derselben Anstalt erfolgen. Was Italien anbetrifft, so ist dieser Grundsatz auch von der Betrachtung gestützt, daß vom ökonomischen und verwaltungstechnischen Standpunkte aus jede psychiatrische Anstalt aus den bereits oben angeführten Gründen von einer Provinzialverwaltung abhängen muß und daß jede italienische Provinz

eine relativ geringe Bevölkerung und darum eine zu kleine Anzahl Geisteskranke umfaßt, um mehr als eine psychiatrische Anstalt zu füllen [18]). Die Vorteile des Staffelsystems, das *Bratz* in den Wittenauer Heilstätten eingerichtet hat, sind in Italien wohl bekannt, und ein jeder weiß, daß es in einer großen Stadt, wie Berlin es ist, guten Erfolg gehabt hat. Man zweifelt aber, ob dieses System sich auch in kleineren Bevölkerungsansammlungen bewähren würde, wie die italienischen Provinzen es sind. *Bratz* weist ja selbst darauf hin, daß das Staffelsystem besonders vorteilhaft ist, wenn es auf eine sehr große Bevölkerung angewandt wird. Auch andere deutsche Sachkenner (*Roemer* u. a.) sind dieser Meinung.

Ambulatorische Fürsorge (Offene ambulatorische Fürsorge).

Das neue Gesetz wird natürlich auch für die Geisteskranken Sorge tragen müssen, die in den Anstalten nicht unterzubringen sind, sowie besonders für die ehemaligen Anstaltsinsassen, entsprechend der modernen psychischen Hygiene. In der Tat folgt man in Italien den Fortschritten dieser Disziplin mit großem Interesse [19]). Nach der in Italien vorwiegenden Meinung sollte die ambulatorische Fürsorge für Geisteskranke mittelst Ambulatorien (Beratungsstellen usw.) vor sich gehen, die dem Direktor der psychiatrischen Anstalt der Provinz unterstehen sollten. Die betreffenden Kosten sollten natürlich die Provinzialverwaltungen tragen. Der Typus außeranstaltlicher Fürsorge, der in Italien am meisten bevorzugt wird, ist somit das *Kolb*'sche System, dessen Erfolge in Deutschland auch in Italien wohl bekannt sind.

Man sieht aber voraus, daß das neue Gesetz nur die großen Leitlinien für die außeranstaltliche Fürsorge bestimmen wird, sodaß es Aufgabe der einzelnen Anstaltsdirektoren sein wird, je nach den persönlichen Anschauungen und den örtlichen Bedingungen Ausführungsbestimmungen festzusetzen, nach denen diese Art Fürsorge in den betreffenden Provinzen erfolgen soll. Eigentlich ist schon heute in fast allen Provinzen des Königreichs von den Provinzialverwaltungen und durch Initiative der Anstaltsdirektoren dafür gesorgt worden, die ambulatorische psychiatrische Fürsorge zu organisieren, da dieselbe — wenn sie auch von dem heute geltenden Gesetz nicht vorgeschrieben ist — einem empfundenen Bedürfnis entspricht. In den Provinzen, in denen sich Universitäten befinden, ist dieser Zweig der Fürsorge meist den psychiatrischen Kliniken angegliedert.

Das neue Gesetz wird auch Normen für die Familienfürsorge

---

[18]) Die größte Provinz Italiens (Neapel) zählt nur 2084960 Einwohner, während die kleinste (Zara) 20324 Einwohner hat.

[19]) Die italienische Gesellschaft für psychische Hygiene und Prophylaxis (»Lega italiana di igiene e profilassi mentale«) hat ihren Sitz in Florenz (Via Masaccio 119). Ihr Präsident ist Prof. *Eugenio Medea* (Mailand), der Sekretär Dr. *Corrado Tumiati* (Florenz).

(in eigener und fremder) enthalten, die sich von den heute geltenden nicht sehr unterscheiden werden. Es ist aber aus den schon oben erwähnten Gründen wahrscheinlich, daß sich diese Art Fürsorge in Italien nie weit entwickeln wird.

Weitere Gesetzbestimmungen.

Es ist vorauszusehen, daß das neue Gesetz in verwaltungstechnischer und disziplinarischer Hinsicht von dem heute geltenden nur wenig abweichen wird. Der Fürsorgedienst für die Geisteskranken wird weiter wie jetzt von den Provinzen betrieben werden und die Anstaltsdirektoren werden weiterhin sowohl klinisch wie disziplinarisch die größte Autorität besitzen, sowie auch den Auftrag haben, über den verwaltungstechnischen Dienst zu wachen.

Was die kriminellen Geisteskranken betrifft, so ist vom neuen Gesetze nicht viel neues zu erwarten, weil die Lage derselben schon von den neuen Strafgesetzbüchern und vom Gesetze der öffentlichen Sicherheit berücksichtigt wurde. Es sei an dieser Stelle nur hinzugefügt, daß der Plan besteht, psychiatrische Abteilungen (»annessi psichiatrici«, annexes psychiatriques der französischen Verf.) in den Gefängnissen einzurichten, um die Untersuchungsgefangenen aufzunehmen, die dort begutachtet werden sollen. Wenn dieser Plan zur Ausführung gebracht werden wird, so werden die gewöhnlichen psychiatrischen Anstalten mit kriminellen Geisteskranken nichts mehr zu tun haben.

Auch in zivilrechtlicher Beziehung wird es im neuen Gesetze kaum Änderungen für die Anstaltsinsassen geben. Doch ist es vorauszusehen, daß das Entmündigungsverfahren für jeden Geisteskranken vereinfacht werden wird und daß andererseits die Zuständigkeit des »vorläufigen Pflegers« des in eine psychiatrische Anstalt »endgültig« aufgenommenen Geisteskranken eingeschränkt werden wird. Damit wird ein heute bestehender und auf keine Weise begründeter Mangel behoben werden. In der Tat kommt es heute vor, daß die Zuständigkeit des »vorläufigen Pflegers« eines »endgültig aufgenommenen« Geisteskranken fast ebenso weit reicht, wie diejenige des Vormundes (tutore) eines entmündigten Geisteskranken, der sich frei außer der Anstalt befindet. Da die Einsetzung eines vorläufigen Pflegers einfacher und rascher geschehen kann als die wirkliche Entmündigung, so kommt es, daß es manchmal vorteilhafter sein kann, den Kranken zuerst in einer Anstalt unterzubringen und ihm einen »vorläufigen Pfleger« bestellen zu lassen, als das Entmündigungsverfahren einzuleiten. Und doch decken sich die Begriffe der Geschäftsunfähigkeit und der Anstaltsbedürftigkeit nicht.

Es ist ferner anzunehmen, daß der § 70 des heutigen Reglements (s. o.) auch im neuen Gesetze unverändert bleiben wird. Es ist doch allgemein jedem Bürger das Recht zuerkannt, gegen eine Anstaltsunterbringung Einspruch zu erheben. Eine derartige Bestimmung findet sich in fast allen Irrengesetzen. Die Anwendung derselben kann die Eigenliebe einiger Kollegen verletzen; sie entspricht aber einem Prinzip, das von allen Juristen und Kennern der gerichtlichen Psychologie vertreten wird[20]).

[20]) »Als obersten Grundsatz stelle ich die Forderung auf, daß jede in einer Irrenanstalt untergebrachte Person, wie auch deren gesetzliche Vertreter oder Verwalter, das uneingeschränkte Recht haben muß, gegen die Aufnahme oder Verwahrung in der Anstalt Einspruch zu erheben. Irgendwelche einschränkende Bestimmungen kann ich nicht billigen«. (*Schultze*,

Das neue Gesetz wird sich von dem heute geltenden auch dadurch unterscheiden, daß die alten populären Bezeichnungen wie Irre (pazzo, folle, maniaco u. desgleichen), Irrenhaus (Manicomio) und andere ähnliche von den modernen technischen Ausdrücken (alienato, malato di mente, ospedale psichiatrico usw.) ersetzt werden. Das wird dazu beitragen, daß die Geisteskranken von den Laien als gewöhnliche Kranke betrachtet werden.

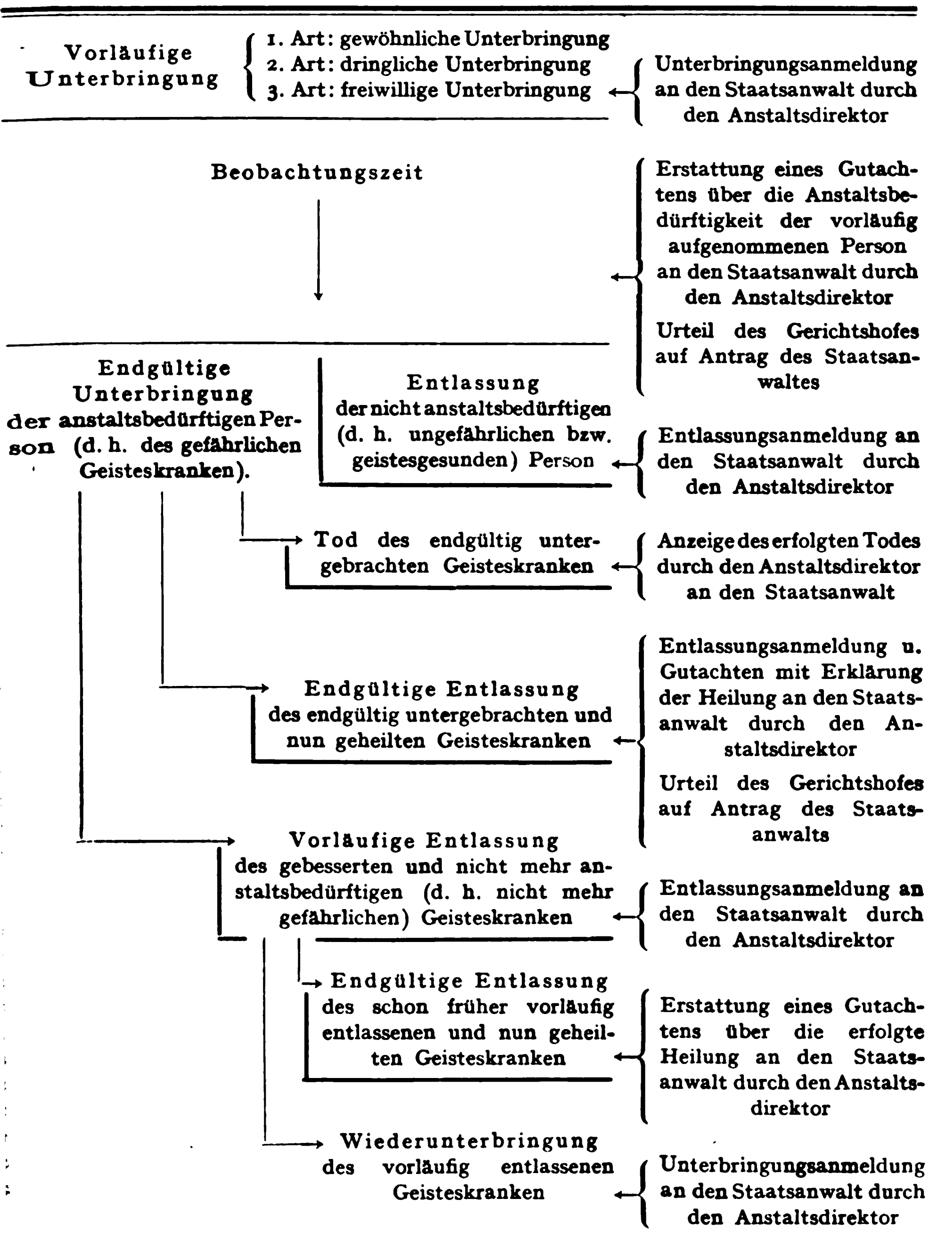
Schlußbemerkungen.

Wie aus der obigen Auseinandersetzung hervorgeht, sind viele Fragen über das künftige Irrengesetz in Italien noch strittig. Die Diskussionen dauern in den Versammlungen der Psychiater und in der Fachpresse fort. Ich hoffe, die herrschenden Strömungen und den heutigen Zustand der Fragen ausreichend dargestellt zu haben. Näheres läßt sich in der unten angegebenen Literatur finden.

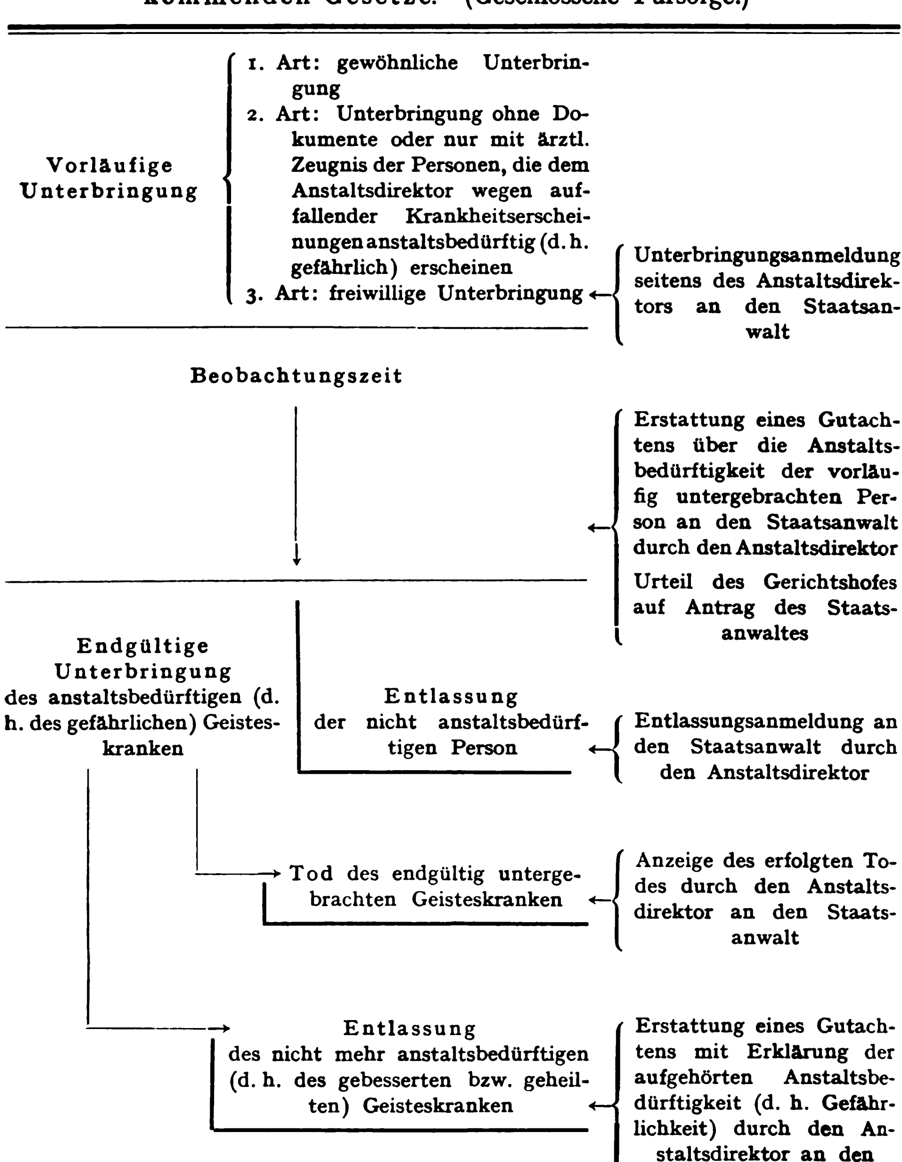
Es sei aber an dieser Stelle noch einmal bemerkt, daß nach der unter den Fachleuten vorwiegenden Meinung, das geltende Gesetz, trotz seiner Fehler, im Grunde genommen noch heute gut ist, und daß seine Ersetzung durchaus nicht dringend zu sein scheint. Man zieht allgemein vor, den Wechsel des Gesetzes so lange zu verschieben, bis man über die noch strittigen Fragen eine für weite Kreise befriedigende Lösung gefunden und eine zweckmäßige Eingliederung aller irrenrechtlicher Fragen in die moderne sich rasch erneuernde Sozialgesetzgebung erreicht hat. Bevor man hierüber eine gewisse Vereinbarung erreicht hat, hätte die Schaffung eines neuen Gesetzes zur Folge, das Irrenwesen für einige Jahrzehnte in einer Gestaltung erstarren zu lassen, die bald als übertroffen anzusehen wäre.

Irrenrechtliche Fragen .... S. 722). An einer anderen Stelle sagt derselbe Verf.: »Natürlich muß jeder Anstaltsinsasse das Recht des Einspruchs haben. Gleichgültig wie alt er ist, gleichgültig ob er geschäftsunfähig, beschränkt geschäftsfähig oder geschäftsfähig ist. Der Grad der Geschftsfähigkeit hat mit der Anstaltsverwahrung nicht das mindeste zu tun; auch an dem Geschäftsunfähigen kann sehr wohl ein Unrecht in der Form einer unberechtigten zwangsweisen Anstaltsunterbringung ausgeübt werden. Daher müssen wir die Beschränkung des Einspruchsrechts auf die geschäftsfähigen ablehnen, einmal aus den schon angedeuteten rechtlichen Gründen, dann aber auch zur Beruhigung des Publikums, das argwöhnen könnte, die ungerechtfertigte Anstaltsverwahrung lasse sich durch vorherige Entmündigung ungemein erleichtern. Aber nicht nur jeder Anstaltsinsasse hat das Recht des Einspruchs; dieses soll vielmehr auch seinen Verwandten, seinem gesetzlichen Vertreter, falls er einen solchen hat, der Behörde, die für ihn sorgen muß, also allen denen, die zur Stellung des Aufnahmeantrages berechtigt sind, eingeräumt werden. Vielleicht sogar darüber hinaus jedem, der ein berechtigtes Interesse nachweisen kann.« (*Schultze,* Schaffung eines neuen .... S. 383).

Schematische Darstellung des Ganges der Krankenbewegung in den psychiatrischen Anstalten nach dem geltenden Gesetze.



Schematische Darstellung des wahrscheinlichen Ganges der Krankenbewegung in den psychiatrischen Anstalten nach dem kommenden Gesetze. (Geschlossene Fürsorge.)



Schrifttum.

a) bei der Abfassung der vorliegenden Arbeit wurde folgende Literatur berücksichtigt:

E. Bratz: Fürsorge für nervöse und Seelisch-Abnorme. (Soziale Neuro-Psychiatrie). — Zentralblatt f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie, 62. Band, Heft 7/8 S. 401.

C. Ferrio: Commento critico al progetto di legge sul regime degli alienati del Belgio, con particolare riguardo ai criminali e ai tossicomani. — Archivio di antropologia criminale. N. 2/3 1932.

Grimme: Die Änderung im Aufnahmeverfahren. — Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. Nr. 14 1932.

Kayser: Die Unterbringung der geisteskranken Strafgefangenen. — Allg. Z. für Psychiatrie. Bd. 27 S. 485 1932.

G. Muggia: La tutela della libertà individuale e le norme per l'ammissione degli alienati in manicomio. — Rivista di diritto e Procedura penale. N. 6 1912.

G. Pellacani: L'ammissione libera negli ospedali psichiatrici. — Rassegna di studi psichiatrici. N. 2 1934.

A. Pieraccini: Problemi di attualità nell'assistenza neuropsichiatrica ospitaliera e para-ospitaliera. — Rassegna di studi psichiatrici. N.4/5 1933.

— — La riforma della legge sui manicomi e sugli alienati. — Annali dell' Ospedale psichiatrico di Perugia. N. 1 1934.

Progetto di legge sull' assistenza ai malati di mente, compilato dalla commissione ministeriale. — L'igiene mentale. N. 2 1926.

E. Schultze: Strafrecht, neues: Entwurf eines Allgemeinen deutschen Strafgesetzbuches. — Handbuch f. psychische Hygiene. Verlag von Walter de Gruyter & Co. 1931.

— — Über Gemeingefährlichkeit Geisteskranker vom verwaltungsrechtlichen Standpunkte aus. — Zeitschrift f. Medizinalbeamte.

— — Irrenrechtliche Fragen. — Zeitschrift f. Psychiatrie usw. Bd. 76 S. 699.

— — Schaffung eines neuen Irrengesetzes. — Zeitschrift f. Psychiatrie usw. Bd. 77 S. 367.

b) Das hier behandelte Thema wurde in neuerer Zeit auch in den folgenden Arbeiten behandelt:

A. Alberti: Il nuovo programma per l' assistenza degli alienati nella provincia di Genova. — Atti del XIX Congresso della Società italiana di freniatria 1930.

Baroncini, Corberi, Modena: Problemi nuovi dell'assistenza psichiatrica, con particolare riguardo all' igiene mentale. — Rivista sper. di freniatria. Vol. LIV n. 4 1930.

L. Bianchi: A proposito dell'invocata riforma della legge 1904 sui manicomi e sugli alienati. — Annali di neurologia. 1920 p. 3.

M. Carrara: Lo studio psichiatrico e antropologico dei detenuti nelle carceri. — Archivio di antrop. criminale. p. 105 1926.

E. Ciarla: Per la profilassi e la cura dei malati di mente. — Quaderni di psichiatria. N. 1/2 1924.

C. Colucci: Due proposte della lega di igiene mentale. — La voce sanitaria N. 6 1925.
G. Corberi: Estensione e limiti dell'azione dispensariale in psichiatria. — Riv. sper. di freniatria 1931.
— — Problemi nuovi dell'assistenza psichiatrica con particolare riguardo all'igiene mentale. ibid. Vol. 54 p. 921 1931.
F. Del Greco: Educazione e igiene mentale. — L'igiene mentale. N. 1 1932.
S. De Sanctis: Cure mediche e igiene mentale nel servizio sociale dei casi singoli. — L'igiene mentale N. 2 1931.
— — Dispensari di eugenica e problemi demografici. — L'igiene mentale N. 3 1934.
F. M. Donini: Le istituzioni assistenziali psichiatriche paraospedaliere nella provincia di Trieste. — Note e riv. di psichiatria. N. 3 p. 475 1932.
A. D'Ormea: Gli ospedali psichiatrici e la profilassi della criminalità minorile. — Rass. st. psichiatrici. p. 673 1930.
G. Fattovich: Problemi di assistenza psichiatrica. — Giornale di psichiatria clinica. p. 143 1929.
— — La colonia medico-pedagogica degli ospedali psich. della provincia di Venezia. — Rass. st. psichiatrici p. 767 1932.
G. G. Ferrari: L'assistenza dei malati di mente nel prossimo avvenire. Trattamento dei dimissibili, che non possono essere dimessi. — Quaderni di psichiatria. N. 7/8 1928.
C. Ferrio: Sulle norme che regolano il movimento degli alienati negli stabilimenti psichiatrici. — Note e riviste di psichiatria. N. 2 1932.
A. M. Fiamberti: Sull' opportunità di speciali asili per alcoolisti ed epilettici nell'interesse dell'eugenica. — Rassegna di studi psichiatrici. p. 605 1924.
M. Levi-Bianchini: Fondamenti, caratteri e funzioni del dispensario di igiene mentale. — L'igiene mentale. N. 3 1928.
A. Masazza: Il servizio di ambulatorio neuropsichiatrico della R. Clinica N. P. di Genova durante il triennio accademico 1924/1927. — Quaderni di psichiatria N. 3/4 1928.
E. Medea: Le malattie nervose e mentali in rapporto all'eugenetica. Atti del 1º Congresso italiano di eugenetica sociale.
G. Modena: Movimento dei malati di mente nei luoghi di cura durante l'anno 1926. — Rivista sper. di freniatria 1929.
— — id. durante l'anno 1927 — ibid. 1930.
— — id. durante l'anno 1928 — ibid. 1930.
— — id. durante l'anno 1929 — ibid. 1931.
— — id. durante l'anno 1930 — ibid. 1932.
— — id. durante l'anno 1931 — ibid. 1933.
— — id. durante l'anno 1932 — ibid. 1934.
G. Muggia: Origine, sviluppo e contenuto dell'igiene mentale. Comunicazione alla società medico-chirurgica bergamasca il 20 dicembre 1933.
G. Pellacani: I nuovi indirizzi dell'assistenza neuro-psichiatrica. — Quaderni di psichiatria. N. 5/6 1927.
— — Psichiatria e psicoigiene. — L'igiene mentale. N. 1 1935.
A. Pieraccini: Reparti neurologici negli ospedali psichiatrici. — Atti del XIX Congresso della Soc. freniatrica ital. 1930.

O. Pini: Riunione degli alienisti dell'alta Italia. — L'igiene mentale. N. 1 1929.
F. Prigione: Le ammissioni nei manicomi. — Quaderni di psichiatria. N. 7/8 1928.
E. Rossi: Il nuovo progetto di legge sui manicomi. — Giornale di psichiatria clinica. N. 3/4 p. 125 1927.
A. Sacerdote: Commento medico-legale al nuovo obbligo di denunzia degli ammalati di mente e degli intossicati da alcool e da stupefacenti. — Archivio di antropologia criminale 1927.
— — Commento medico-legale alle disposizioni contenute nel regolamento per l'esecuzione della legge di pubblica sicurezza relative alle persone pericolose per la società. — Archivio di antropologia criminale. p. 673 1929.
— — Sul riesame della pericolosità determinato dall' art. 208 C. P. — Giustizia penale. Parte I fasc. IV—V 1933.
G. Santangelo: Sul ritorno in manicomio del dimesso in prova nella legislazione e nell'indagine statistica. — Rassegna di studi psichiatrici. p. 287 1930.
E. Tessaro, E. Castagna: La colonia medico-pedagogica dei manicomi centrali veneti. — L'igiene mentale. N. 4 1927.
V. Tirelli: Il patronato postmanicomiale nella provincia di Torino. — Atti del XIX Congresso della Soc. italiana di freniatria. 1930.
C. Tumiati: I servizi provinciali di profilassi mentale in Italia. — Atti del I Congr. internazionale di igiene mentale. New York 1932. — Vol. I p. 394.
F. Ugolotti: Il dispensario neuropsichiatrico provinciale di Pesaro. Il suo primo biennio. — Note e riviste di psichiatria. p. 387 1929.
— — La soluzione del problema dell'assistenza degli infermi di mente nella provincia di Pesaro. Ciò che si sta facendo e ciò che si farà. — Note e riviste di psichiatria. p. 535 1930.
— — L'assistenza degli alienati e i loro ospedali di ricovero in provincia di Parma. — Note e riviste di psichiatria. p. 227 1933.
A. Vedrani: Le attuali condizioni dell'assistenza psichiatrica. — La Voc. sanitaria. N. 1 1923.
G. Vidoni: Qualche rilievo sull' attività assistenziale paramanicomiale. — L'igiene mentale. N. 3 1934.
M. Zalla: Profilassi ed igiene mentale. — Industrie grafiche La Sicilia. Messina 1931.
G. Zuccari: Sul decentramento dell'assistenza psichiatrica. — Giornale di psichiatria clinica. p. 52 1926.

Über den Stand der Gesundheitsgesetzgebung anderer Länder.

Neue dänische Sterilisierungsgesetzgebung.

Dänemark hatte sich bereits im Jahre 1929 ein — freilich noch recht unwirksames — Sterilisierungsgesetz gegeben. Verschiedene Mängel dieser Regelung veranlaßten den Gesetzgeber, die gesamte Frage in den Jahren 1934/35 rechtlich neuzugestalten. Jetzt gelten in Dänemark: Das Gesetz über Maßnahmen bezüglich geistesschwacher Personen vom 16. 5. 1934 und das Gesetz über Genehmigung der Sterilisation und Kastration vom 11. 5. 1935.

In dem ersten Gesetz wird u. a. vorgesehen, daß ein in Verwahrung befindlicher Geistesschwacher auf seinen Antrag entlassen werden kann, es sei denn, daß nach seinen persönlichen und Krankheitsverhältnissen zu erwarten ist, daß er zum Schädling der Allgemeinheit wird, daß er unfähig ist, sich, seinen Ehegatten und seine Kinder zu unterhalten, oder daß die Befürchtung besteht, er werde nach seiner Entlassung Kinder zeugen. Im letzten Falle kann trotzdem Entlassung erfolgen, wenn der betreffende Geistesschwache vorher unfruchtbar gemacht wird. Die Unfruchtbarmachung ist von der Anstaltsleitung bei einem aus einem Richter, einem Sozialpraktiker und einem Psychiater bestehenden Ausschuß zu beantragen, wenn soziale Überlegungen, wie z. B. die wahrscheinliche Unfähigkeit, die Kinder in einer geeigneten Weise zu erziehen und sie aus eigenen Mitteln zu unterhalten, es ratsam erscheinen lassen, daß der Geistesschwache an der Fortpflanzung gehindert wird, oder wenn die Unfruchtbarmachung insofern zum Nutzen des Geistesschwachen werden kann, als sie eine Gewähr dafür bietet, daß er nicht in Obhut zu nehmen ist oder entlassen werden kann. Bei Genehmigung durch den Ausschuß ist die Unfruchtbarmachung umgehend von einem geeigneten Chirurgen durch Vasektomie bzw. Salpingektomie auszuführen.

Nach dem zweiten Gesetz kann der Justizminister nach eingeholtem Gutachten des aus einem Gerichtsmediziner, einem Psychiater und einem Gynäkologen bestehenden Gerichtsärzterats die Sterilisation — Unfruchtbarmachung im engeren Sinne — einer Person genehmigen, wenn Rücksichten auf die Gesamtheit dafür sprechen und wenn bestimmte formelle Voraussetzungen (z. B. Antrag mit ärztlichem Gutachten, Aufklärung des Antragstellers über die Folgen der Unfruchtbarmachung, bei Verheirateten Zustimmung des Ehegatten) erfüllt sind. Für psychisch normale Personen gilt weiter folgendes: Es müssen besondere Gründe, namentlich die Gefahr der erblichen Belastung der Nachkommenschaft, für die Vornahme einer Unfruchtbarmachung sprechen und der Betroffene muß das Mündigkeitsalter erreicht haben; nur in ganz besonderen Fällen darf bei noch nicht mündigen Personen die Genehmigung erteilt werden. Für psychisch abnorme, nicht geistesschwache Personen wird folgende Voraussetzung verlangt: Es muß zum Besten des Betreffenden er-

achtet werden, daß er unfähig gemacht wird, Nachkommenschaft zu erhalten, und er selber muß unter Hinzuziehung eines dazu bestellten Vormunds darum antragen; bei Unmündigen kann der Vormund allein den Antrag stellen. Bei Genehmigung ist die Unfruchtbarmachung möglichst bald — innerhalb von drei Monaten — von einem Fachchirurgen auszuführen. Weiter kann der Justizminister nach eingeholtem Gutachten des Gerichtsärzterates die Kastration einer Person erlauben, sofern ihr Geschlechtstrieb entweder sie der Gefahr aussetzt, Verbrechen zu begehen und damit für die Gesamtheit gefährlich zu werden, oder aber für sie selber erhebliche seelische Leiden oder soziale Beeinträchtigungen mit sich bringt. Dieselben formellen Voraussetzungen wie für die Sterilisation werden auch hier gefordert, und zwar entsprechend für psychisch normale und psychisch abnorme Personen. Bei Genehmigung ist die Kastration umgehend auszuführen. Darüber hinaus wird noch zwangsweise Kastration zugelassen, und zwar kann diese das Gericht anordnen: Das Gericht kann nach eingeholtem Gutachten des Gerichtsärzterats die Kastration einer Person bestimmen, sofern diese nach Erreichung des Mündigkeitsalters bestimmter Verbrechen — und zwar: Notzucht, versuchter Notzucht, Kinderschändung, Blutschande, Unzucht mit Widerstandsunfähigen, Homosexualität — für schuldig befunden wird, sich dadurch als ein auf diesem Gebiet gefährlicher Verbrecher kennzeichnet und angenommen werden muß, daß die Gefahr naheliegt, ihr Geschlechtstrieb werde sie zu erneuten schweren Sittlichkeitsverbrechen treiben und die Aussicht auf Strafe werde sie nicht davon abhalten. Die Anordnung der Kastration kann im Strafurteil selber oder in einer späteren Entscheidung erfolgen. Bemerkenswert ist, daß auch sexualverbrecherische Frauen kastriert werden dürfen; hier ist bei jeder Anordnung jedoch in Erwägung zu ziehen, daß der kastrierende Eingriff bei Frauen eingreifenderen und gefährlicheren Charakter trägt. Wird die Kastration angeordnet, so ist sie — unter Rücksichtnahme auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Betreffenden — sobald wie möglich von einem Fachchirurgen auszuführen; falls es verlangt wird, hat der Eingriff, sofern keine medizinische Kontraindikation vorliegt, unter Allgemeinnarkose zu erfolgen. Die Unkosten der Sterilisation und Kastration gehen zu Lasten des Betroffenen; nur bei Mittellosigkeit fallen sie der Staatskasse zur Last. Schließlich wird noch vorgesehen, daß unbefugte Vornahme von Unfruchtbarmachungen oder Kastrierungen mit Geldbußen bestraft werden kann. *Br. Steinwallner*, Bonn.

Geplante polnische Erbgesundheitsgesetzgebung.

Ende 1935 hat die Polnische Eugenische Gesellschaft die Entwürfe zu vier eugenisch und bevölkerungspolitisch interessanten Gesetzen veröffentlicht (vgl. deren Publikationsorgan: Zagadnienia Rasy 1935 S. 45f.) und dem polnischen Parlament zur Beratung vorgelegt. Diese Gesetzentwürfe sind für uns einmal deshalb bemerkenswert, weil sie sich in manchem die deutsche Erbgesundheitsgesetzgebung zum Vorbild genommen haben, sodann aber, weil sie erkennen lassen, daß man auch in Polen gewillt ist, eine wirksame Erbgesundheitspolitik zur Durchführung zu bringen.

Der erste Entwurf schlägt ein Gesetz über Eheberatung vor. Danach sollen im ganzen Lande Eheberatungsstellen errichtet werden. In den ersten fünf Jahren nach Verkündung des Gesetzes sollen die Standesbeamten den Heiratslustigen eine ärztliche Untersuchung ihres Gesundheitszustandes anraten; nach Ablauf dieser Frist soll die Untersuchung allen Polen, die eine

Ehe eingehen wollen, zur Pflicht gemacht werden. Die Untersuchungen sollen grundsätzlich gebührenfrei erfolgen und die Eheberatungsstellen durchweg von in der Erbgesundheitspflege besonders geschulten Ärzten geleitet werden.

Der zweite Entwurf betrifft ein Gesetz über Ehestandshilfe. In körperlicher und geistiger Hinsicht wertvolle Personen, vor allem Personen aus Familien, die sich um die produktive Arbeit im Dienste der Volksgemeinschaft verdient gemacht haben, sollen im Falle der Mittellosigkeit bei der Eheschließung die staatliche und gemeindliche Unterstützung in Anspruch nehmen können. Insbesondere sollen mittellose junge Leute berücksichtigt werden, die sich durch besondere Fähigkeiten in der Schule, durch hervorragende Leistungen in der Berufsarbeit, der Sozialpflege, der wissenschaftlichen und künstlerischen Betätigung sowie auf dem Gebiete der körperlichen Ertüchtigung ausgezeichnet haben. Die den Jungverheirateten zu gewährenden Unterstützungen sollen bestehen in: der Befreiung von den Eheschließungsgebühren oder entsprechenden finanziellen Beihilfen durch die Gemeinden; der Befreiung mittelloser Eheleute von den staatlichen und gemeindlichen Steuern auf die Dauer von fünf Jahren; der Erleichterung des Erwerbs von Arbeitsgerät und Wohnungseinrichtungen auf Abzahlung durch die Gemeinden und des Erwerbs von entsprechend eingerichteten Siedlerstellen für Landwirte; Kinderversicherungen, Erziehungsbeihilfen und Aussteuerversicherungen für Mädchen. Die Mittel hierfür sollen durch eine Ehestandsbeihilfesteuer aufgebracht werden, die von ledigen Personen über 30 Jahren und bemittelten, kinderlosbleibenden Ehepaaren (mit Ausnahme solcher Personen, die aus eugenischen Gründen keine Ehe eingehen konnten oder die unfruchtbar gemacht worden sind) erhoben wird.

Der dritte Entwurf handelt von einem Gesetz über Gesundheitskarteien. Bei den Standesämtern sollen Gesundheitskarteien angelegt werden, die Aufschluß über alle heiratslustigen Personen geben können. Sie sollen genaue Angaben über Geburt, Erbanlagen, Erbkrankheiten (Geisteskrankheiten usw.), ansteckende Krankheiten (insbesondere Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose), Alkoholismus, Rauschgiftsucht u. dgl. enthalten. Zum Zwecke der Eheschließung soll ein kurzer Auszug aus der Kartei erteilt werden, der die uneingeschränkte oder bedingte Eheerlaubnis enthält. Personen, deren Gesundheitszustand die Eingehung einer Ehe nicht erlaubt, sollen kein Ehetauglichkeitszeugnis erhalten.

Der vierte Entwurf schlägt ein Gesetz über die Verminderung der Lasten der sozialen Fürsorge vor und regelt dabei die Frage der Unfruchtbarmachung Erbkranker. Danach sollen zur Verminderung der Kosten für die Unterhaltung von erblich schwer belasteten Personen (Individuen mit angeborenem Schwachsinn, erblicher Fallsucht, Schizophrenie, manisch-depressivem Irresein, erblicher Taubheit, erblicher Blindheit, schwerer erblicher körperlicher Mißbildung) je nach den Einzelumständen folgende Maßnahmen zur Anwendung kommen: 1. Internierung in geschlossenen Anstalten (Irrenanstalten oder Arbeitshäusern für Verbrecher, Landstreicher und Bettler); 2. Maßnahmen zur Beschränkung der Vermehrung unerwünschter Personen (die einzelnen Maßnahmen sollen vom Fürsorgeminister in einer Ausführungsverordnung bestimmt werden); 3. Unfruchtbarmachung von Personen, die an einer der erwähnten Geisteskrankheiten, an erblicher Taubheit oder erblicher Blindheit leiden. Unfruchtbarmachungen sollen nur auf Grund erbgesundheitlicher Indikation unter Beachtung der Vorschriften des Strafgesetzbuchs in öffentlichen

Krankenanstalten vorgenommen werden. Den Antrag hierzu soll entweder der Erbkranke selber oder der leitende Arzt der Anstalt, in der er untergebracht ist, stellen können. Im ersten Falle — bei Freiwilligkeit also — soll jedoch eine Unfruchtbarmachung erst erfolgen dürfen, wenn sie ein aus zwei Ärzten (je einem Facharzt für Psychiatrie und Erbgesundheitspflege) und dem Vertreter der Medizinalverwaltung bestehendes Ärztekollegium genehmigt hat; jede unbefugte, d. h. ohne diese Erlaubnis stattfindende Unfruchtbarmachung soll mit Gefängnis bis zu fünf Jahren bestraft werden. Über zwangsweise vorzunehmende Unfruchtbarmachungen sollen bei den Bezirksgerichten zu bildende Erbgesundheitsabteilungen und als Berufungsinstanzen entsprechende Abteilungen bei den Appellationsgerichten entscheiden; diese Abteilungen sollen aus zwei Richtern, einem Erbarzt, einem Staatsanwalt und einem Verteidiger bestehen. Das entscheidende Gericht soll die Gutachten von mindestens zwei ärztlichen Sachverständigen einholen, bevor es ein Urteil fällt; dem betroffenen Erbkranken soll die Befugnis zustehen, das Gutachten eines ihm genehmen Arztes beizubringen. Die Sitzungen der Erbgesundheitsgerichte sollen nichtöffentlich sein und auf das Verfahren die Grundsätze der Strafprozeßordnung Anwendung finden. Bei Eintritt neuer Umstände sollen Wiederaufnahme des Verfahrens und Aussetzung der noch nicht vollstreckten Unfruchtbarmachung möglich sein. Schließlich wird noch vorgesehen, daß die gesamten Kosten des Verfahrens einschließlich der Unfruchtbarmachung der Staatskasse zur Last fallen sollen.

Br. Steinwallner, Bonn.

Geplante Zulassung der Sterbehilfe in England.

In England sind in der letzten Zeit immer mehr Stimmen laut geworden, die die gesetzliche Anerkennung der Euthanasie, d. h. der Zulässigkeit der Tötung von unheilbar kranken Personen fordern. Zahlreiche bekannte englische Mediziner setzen sich für ihre Zulassung ein. Unter ihnen ragt besonders Dr. *Killrich Millard,* der Präsident der Gesellschaft der staatlichen Gesundheitspflegebeamten, hervor, der vor einiger Zeit in einer bemerkenswerten Schrift über Euthanasie für deren gesetzliche Anerkennung mit allen dafür sprechenden Argumenten geworben hat. Zur praktischen Durchsetzung seiner Forderungen hat *Millard* die »Vereinigung für gesetzliche Anerkennung der Euthanasie« ins Leben gerufen, der bekannte Persönlichkeiten angehören und deren Vorsitzender der bekannte Chirurg Lord *Moynihan* ist. Diese Vereinigung hat vor kurzem einen Gesetzentwurf über die Zulassung der Sterbehilfe aufgestellt und dem englischen Parlament zugeleitet. Dieser interessante Entwurf fordert vor allem folgendes: Personen über 21 Jahren, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, sollen einen Antrag auf Sterbehilfe an einen eigens hierfür vom Gesundheitsminister einzusetzenden Euthanasiekommissar stellen können, daß sie von ihrem Leiden oder ihrem langsamen und qualvollem Sterben durch einen schnellen Tod erlöst werden. Voraussetzung für die Genehmigung des Antrags soll sein, daß der Antragsteller seine nächsten Angehörigen um Rat gefragt, seine Angelegenheiten geordnet hat und daß zwei ärztliche Gutachten — und zwar je eines des zuletzt behandelnden und eines beamteten Arztes — vorliegen. Der Euthanasiekommissar soll von sich aus die Genehmigung erteilen dürfen, doch soll diese erst nach Ablauf einer Frist von sieben Tagen rechtswirksam werden können, damit der Antragsteller nochmals Zeit zur Überlegung hat und seine Angehörigen Rechtsmittel einlegen können.

Br. Steinwallner, Bonn.

Kleinere Mitteilungen.

Der nächste Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie soll in Jena vom 1.—4. 7. 1936 stattfinden unter dem Rahmenthema: Gefühl und Wille.

Zur Eröffnung: *F. Krueger* (Leipzig), Formgebende Kräfte des Gemüts. — Gefühl: Sammelreferate: *F. Sander* (Jena), Zur neueren Gefühlslehre. *R. Hippius* (Dorpat), Beziehungen des Gefühls zum Denken. — Rundgespräch: *W. Hellpach* (Heidelberg), Bedeutung des Gemütes als harmonisierender Zentralfaktor in der Ganzheitsausformung der phänotypischen Menschenerscheinung. — Wille: Sammelreferate: *N. Ach* und *H. Düker* (Göttingen), Zur neueren Willenslehre.

Personalnachrichten.

Verstorben: Professor Dr. *Joh. Paul Karplus,* Wien.

Universitätsprofessor Dr. *Ludwig Mann,* Breslau, Primärarzt der Nervenabteilung am St. Georg-Krankenhaus.

Landesobermedizinalrat Dr. *Schütte,* Langenhagen/Hannover.

Nervenarzt Sanitätsrat Dr. *Seifert,* Dresden-Weißer Hirsch.

Professor Dr. *Constantin Bucura,* Wien.

Professor Dr. *Karl Walter,* früher Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Bremen-Hemelingen.

Sanitätsrat Dr. *Gellhirn,* Theresienhof bei Goslar.

Professor Dr. *Heymann,* Berlin-Charlottenburg.

Direktor Dr. *Leo Eha,* Rottenmünster, Württemberg.

Dr. *Erich Feuchtwanger,* München.

Dr. *Emil Mester,* Preßburg.

Ernannt wurde Dozent Dr. *Otto Kauders,* Wien, zum Vorstand der Klinik für Neurologie und Psychiatrie in Graz,

zum Leiter der Psychiatrisch-neurologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Nürnberg Professor Dr. *Ulrich Fleck,* Göttingen.

Die medizinische Fakultät Wilna verlieh Professor Dr. *Oskar Vogt* (Kaiser Wilhelminstitut für Hirnforschung in Berlin) den Ehrendoktor.

Den 70. Geburtstag feierte Dr. *Leonhard Seif,* München.

Sanitätsrat Dr. *Johannes Bresler,* Kreuzburg, wurde am 2. Febr. 70 Jahre alt.

Professor Dr. *Nonne* in Hamburg beging am 13. Jan. seinen 75. Geburtstag.

Geh. Sanitätsrat Dr. *A. Fauser* feierte am 2. Februar seinen 80. Geburtstag.

Wegen Erreichung der Altersgrenze wurde von den amtlichen Verpflichtungen entbunden ordentlicher Professor Dr. *Karl Bonhoeffer,* Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Berlin.

Mit der kommissarischen Verwaltung des Direktorpostens der Psychiatrischen und Nervenklinik wurde ao. Professor Dr. *Paul Hilpert*-Jena, beauftragt.

Dr. hab. *Christel Roggenbau*-Berlin wurde die Dozentur für Neurologie und Psychiatrie verliehen.

Professor Dr. *Otto Wuth,* Psychiatrische Klinik München, wurde nach Berlin umhabilitiert, Dr. med. habil. *Gerhard Schorsch,* Leipzig, ebenfalls nach Berlin.

Direktor Dr. *Josef Klüber,* Klingenmünster ging in den Ruhestand.

In den Ruhestand ging ferner Obermedizinalrat Dr. *Rentsch* nach 40-jähriger Tätigkeit, zuletzt als stellvertretender Direktor an der Landesheil- und Pflegeanstalt Sonnenstein.

Dr. *Carrière,* Arnsdorf, wurde nach Sonnenstein versetzt.





Abb. 1. Nucleus dentatus. a) das weiße sichtbare Band des Nucleus dentatus umgeben von den dunkler erscheinenden Entmarkungen

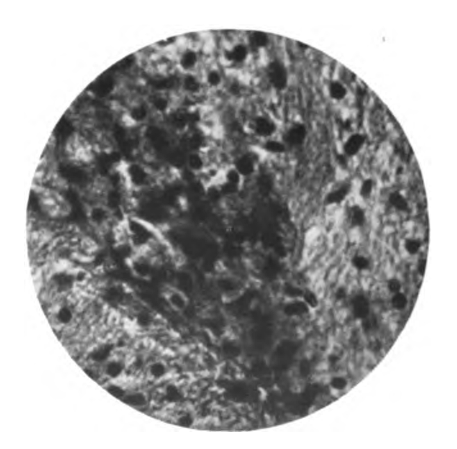


Abb. 2. Stärkere Anfärbung des Protoplasma der Adventitialzellen

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 104.
Zu Carl Schneider, Über eine eigenartige Hirnerkrankung (vaskuläre Lipoidose).
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.



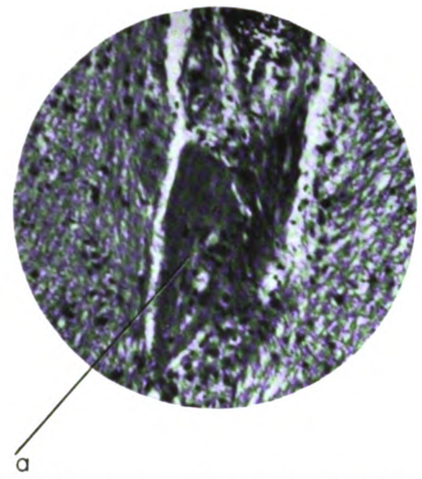


Abb. 3. Gefäßanschnitt. Bei a) markhaltige Nervenfasern

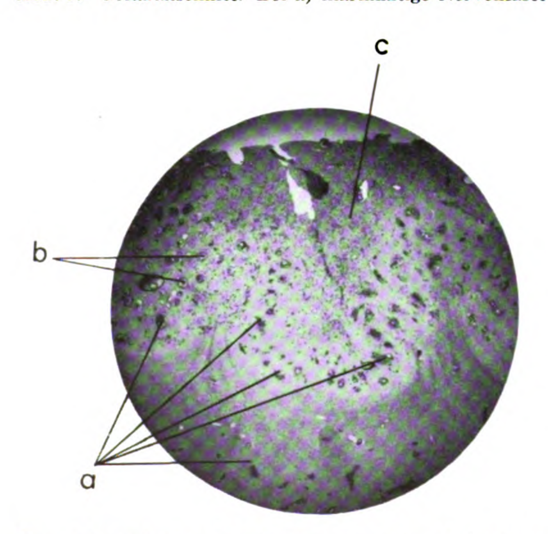


Abb. 4. Übersichtsbild über den Nucleus dentatus. Man erkennt, daß die Ganglienzellen stark vermindert sind und daß nahezu alle Gefäße des Gebietes erkrankt sind. Bei a) mit fettspeichernden Zellen erfüllter Gefäßraum, b) vollkommen zerstörte Gefäße, c) fetthaltige Zellen auch im Gewebe (fixer Abbau)

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 104.
Zu Carl Schneider, Über eine eigenartige Hirnerkrankung (vaskuläre Lipoidose).
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.

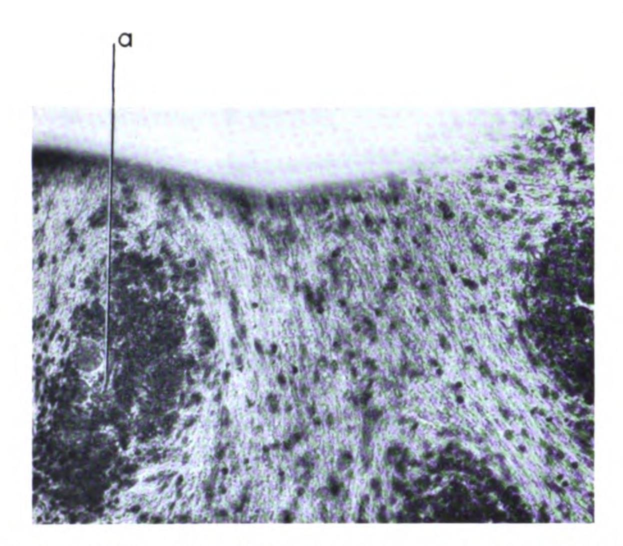


Abb. 5. Mit Fett erfüllter Gefäßraum. Bei a) Reste des Endothelrohrs

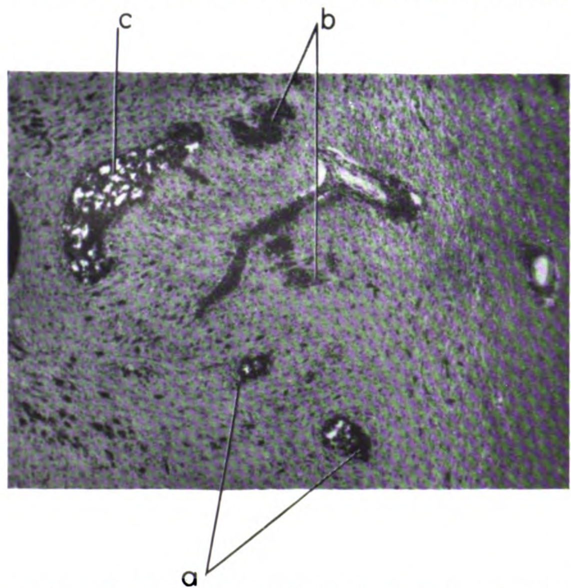


Abb. 6. Frühere Abschnitte der Gefäßerkrankung. Bei a) Vermehrung der Adventitialzellen und der das Gefäß umgebenden Gliazellen. Lymphozytose im Adventitialraum, bei b) ebenso starke Anfärbung und offensichtliche Vermehrung der Adventitialzellen, bei c) schon vollkommener Umbau des Gefäßes

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 104.
Zu Carl Schneider, Über eine eigenartige Hirnerkrankung (vaskuläre Lipoidose).
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.



Abb. 7. Man erkennt, wie der gesamte Gefäßraum erfüllt ist mit dicht gedrängten Lipoidkristallen, die zum Teil bereits unfärbbar geworden sind, zum Teil aber noch mit Scharlachrot die charakteristische organische rote Lipoidverfärbung ergeben. Wichtig ist, daß in diesem Gefäßraum noch gut erhaltene Kerne fettspeichernder Zellen liegen. Das Protoplasma wurde nur nicht mitangefärbt. Es sind alle Gefäßwandschichten sonst untergegangen. Dieses Bild ist eine Vorstufe des Bildes 8a

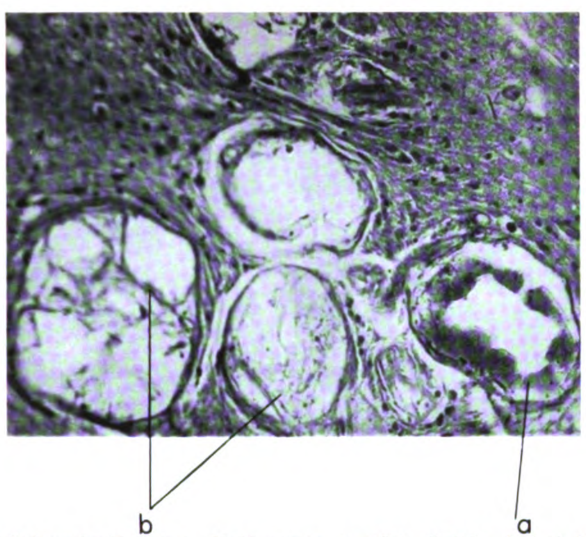


Abb. 8. Bielschowsky-Färbung. Vollkommen zerstörte Gefäße, bei a) das Endbild der lipoidigen Umwandlung. Es liegen lipoide Massen im Gefäßraum, bei b) durchziehen noch einzelne silberimprägnierte Fibrillen in unregelmäßiger Form den Gefäßraum, der im übrigen von Detritus erfüllt ist

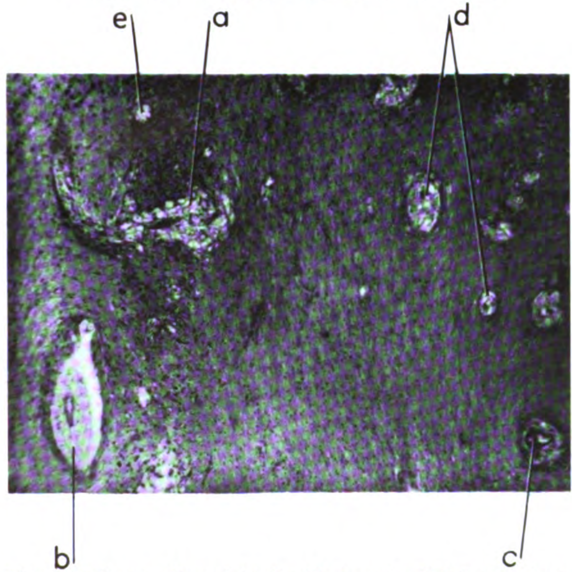


Abb. 9. v. Gieson-Färbung. Man sieht den Umbau des Gefäßraums in verschiedenen Stadien, bei a) liegen noch einzelne markhaltige Fasern im Gefäßraum, nur bei b) merkt man noch den Rest der Media und der Intima, ebenso bei c); bei d) sind nur noch spärliche Reste des Endothels erkennbar, bei e) sind sie vollkommen geschwunden. Im Vergleich der beiden Gefäßbilder erkennt man gleichzeitig die Geringfügigkeit des Lipoidgehalts

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 104.
Zu Carl Schneider, Über eine eigenartige Hirnerkrankung (vaskuläre Lipoidose).

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.

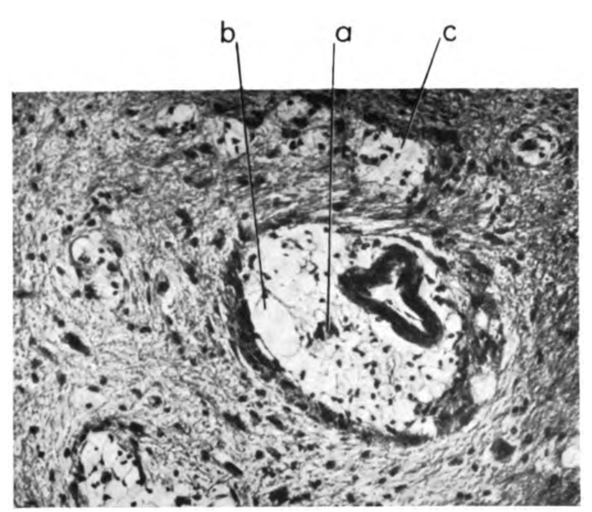


Abb. 10. Van Gieson, bei a) mehrkernige Adventitialzellen, bei b) das Protoplasma umgibt nur noch in dünner Schicht die Lipoide, bei c) Gefäßraum, in dem sämtliche Gefäßwandelemente durch lipoidspeicherndes Gewebe ersetzt sind

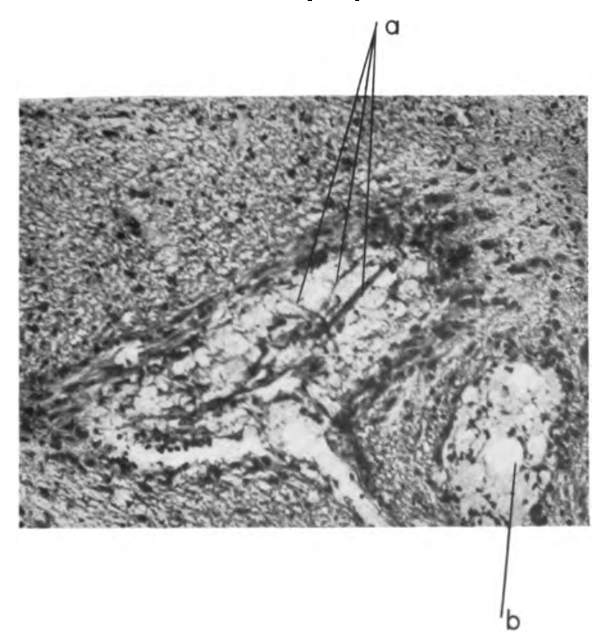


Abb. 11. Van Gieson, bei a) Reste kollagener Fasern im Gefäßraum, bei b) Gefäß, dessen Wandschichten vollkommen im lipoidspeichernden Gewebe verschwunden sind

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 104.
Zu Carl Schneider, Über eine eigenartige Hirnerkrankung (vaskuläre Lipoidose).
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.





Tafel VII

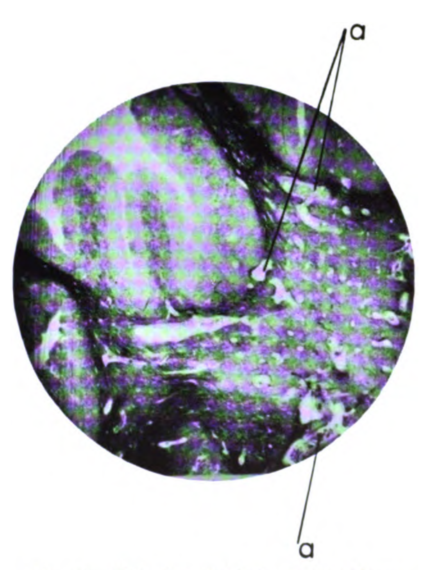


Abb. 12. Übersichtsbild der Entmarkung, bei a) mit Hämatoxylin anfärbbare Lipoide

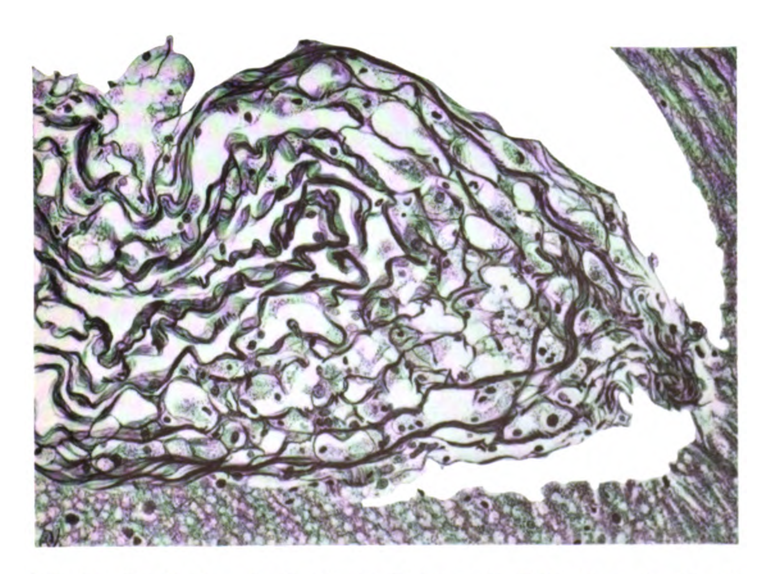


Abb. 13. Der Umbau der Gefäße im Bielschowsky-Bild. Man erkennt, daß silberfärbbare Fibrillen in unregelmäßiger Form den Gefäßraum durchziehen

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 104.
Zu Carl Schneider, Über eine eigenartige Hirnerkrankung (vaskuläre Lipoidose).
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35.





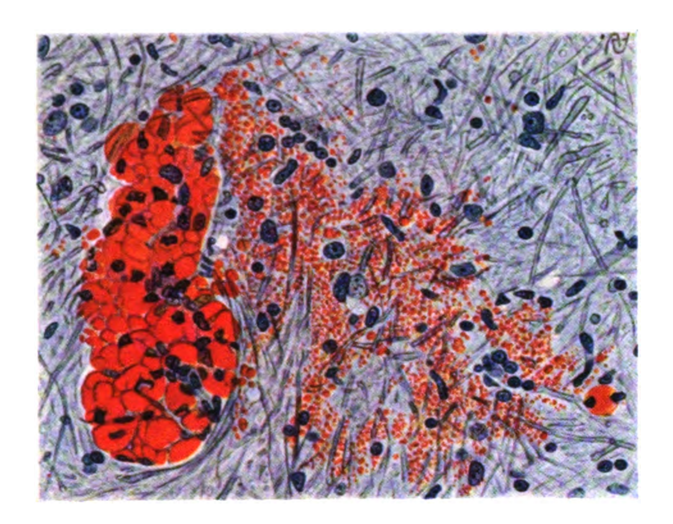


Abb. 14. Man erkennt die in Gewebsspalten und zwischen den Fasern liegenden feinen Fetttropfen in der Umgebung des Gefäßes

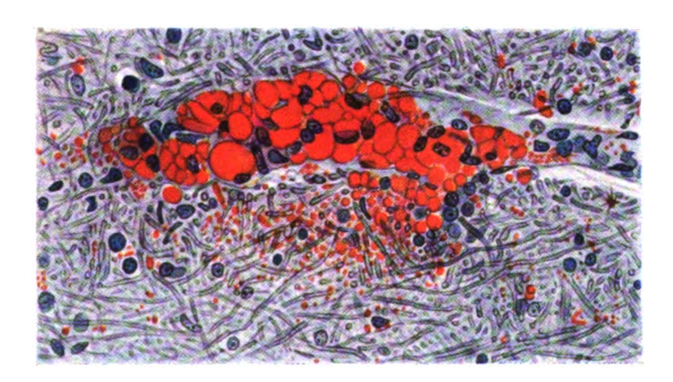


Abb. 15. Man hat den Eindruck, als ob das Fett durch die Gefäßwandschichten gleichsam herausquellend zwischen die Fasern eindringt






UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 6472

